



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

UTILIDAD DEL CONTROL DEL TABACO EN OTRAS ÁREAS DE LA SALUD PÚBLICA

Usefulness of tobacco control in other areas of Public
Health.

Autor: Dña. María Magdalena Martínez Llaría

Director/es: D. Francisco Ayesta Ayesta

Santander, Junio 2021

ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT.....	3
2. MÉTODOS.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
3.1 Determinantes comerciales de salud.....	5
3.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles.....	6
3.3 Plan de Acción mundial de la OMS para las ECNT.....	7
4. LECCIONES APRENDIDAS DEL CONTROL DEL TABACO.....	9
4.1 Convenio Marco y estrategia de control del tabaco.....	9
4.2 Tácticas y lobbying de la industria tabacalera.....	12
5. POTENCIAL EXTRAPOLACIÓN DE LAS LECCIONES DE CONTROL DE TABACO A OTRAS ÁREAS DE LA SALUD PÚBLICA.....	13
5.1 La industria de la alimentación.....	13
5.1.1 Epidemiología.....	13
5.1.1.1 Modelo de epidemia de la obesidad	
5.1.2 Similitudes y diferencias entre obesidad y tabaco.....	15
5.1.3 Estrategias de control de la obesidad.....	15
5.1.3.1 Intervención y manejo clínico	
5.1.3.2 Estrategias educativas	
5.1.3.3 Estrategias regulatorias	
5.1.3.4 Enfoque económico	
5.1.3.5 Programas comunitarios	
5.1.4 Tácticas de la industria de la alimentación.....	19
5.2 La industria del alcohol.....	21
5.2.1 Epidemiología.....	21
5.2.2 Estrategias de expansión de las empresas del alcohol.....	21
5.2.3 Estrategias de control del alcohol.....	22
5.2.3.1 Variación internacional	
5.2.3.2 Imposición sobre las bebidas alcohólicas	
5.2.3.3 Campañas de formación, concienciación y habilidades	
5.2.3.4 Regulación publicitaria	
5.2.3.5 Edad mínima para el consumo	
5.2.3.6 Puntos de venta específicos y limitación de horario de venta	
5.2.4 Convenio Marco para el control del alcohol.....	25
5.2.5 Tácticas y lobbying de la industria del alcohol.....	25
5.3 La industria del juego.....	26
5.3.1 Estrategias de control del juego patológico.....	27
5.3.2 Tácticas de la industria del juego.....	27
5.3.3 Responsabilidad individual.....	28
5.3.4 Medidas de control del juego patológico.....	28
5.3.5 Lecciones del control del juego para el control del tabaco.....	28
5.3.6 Relación gambling-tabaco.....	29

5.4 Otros intereses comerciales.....	29
5.4.1 Cambio climático.....	29
5.4.1.1 Similitudes entre tabaco y cambio climático	29
5.4.1.2 Lecciones del control del tabaco.....	30
5.4.1.3 Otros contaminantes ambientales.....	31
5.4.2 Amplio campo.....	32
5.4.2.1 Big cannabis.....	32
5.4.2.2 Consumo de pornografía.....	33
5.4.2.3 Videojuegos (<i>gaming</i>).....	34
6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	35
6.1 Importancia de los CDH.....	35
6.2 Mecanismos de contramárketing.....	35
6.3 Conflictos de intereses.....	36
6.3.1 Financiación de investigadores.....	37
6.3.2 Relaciones con profesionales de la salud.....	37
6.3.3 Relaciones con organizaciones de salud profesionales.....	38
6.3.4 Utilidad del artículo 5.3. del CMCT de la OMS.....	38
7. CONCLUSIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA.....	41
9. AGRADECIMIENTOS.....	46

1. RESUMEN/ABSTRACT

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son actualmente la principal causa de muerte a nivel mundial. Los principales factores de riesgo de las ECNT son una serie de conductas asociadas a determinados estilos de vida promovidos por diferentes industrias y que son conocidos como determinantes comerciales de salud (CDH).

Objetivos: Mostrar la potencial aplicabilidad de las medidas efectivas aprendidas en control del tabaco en otras áreas de Salud Pública.

Métodos: Revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados y discusión: La OMS considera que los CDH son una de las principales amenazas para la salud mundial. Al ser originados por estrategias comerciales, sus características *evolucionan* reactivamente cada vez que se regulan, con el fin de posponer la implementación de las diferentes medidas o de diluir su eficacia.

Conclusiones: La amenaza que suponen los CDH requiere un abordaje poblacional muy distinto del clínico, que conlleva enfrentarse estratégicamente a determinadas industrias cuyos intereses son contrarios a los de la Salud Pública.

Palabras clave: Control del tabaco. Enfermedades crónicas no transmisibles. Determinantes comerciales de salud. Lobbying.

Introduction. Non-communicable chronic diseases (NCDs) are currently the leading cause of death worldwide. The main risk factors for NCDs are different behaviors associated with certain lifestyles promoted by a series of industries, better known as commercial determinants of health (CDH).

Aims. To show the potential relevance of those effective measures learned in tobacco control in other areas of Public Health.

Methods. Bibliographic review on the subject.

Results and discussion. WHO considers CDH to be one of the main threats to Global Health. Since they are mainly the consequences of commercial strategies, their characteristics *evolve* reactively each time they are regulated, in order to postpone the implementation of the different measures or to dilute their effectiveness.

Conclusions. The threat posed by CDH requires public health approaches different from the clinical ones, which involve confronting those industries whose interests are contrary to those of Public Health.

Keywords. Tobacco control. Non-communicable chronic diseases. Commercial determinants of health. Lobbying.

2. MÉTODOS

El trabajo que se presenta a continuación es una revisión bibliográfica sobre la posible utilidad del control del tabaco y su aplicación en otros ámbitos de la salud pública.

La metodología utilizada ha consistido en una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas (*Pubmed*, *Uptodate* o Google académico), entre las que se incluyen revistas de alto impacto. También se han consultado, páginas oficiales gubernamentales y páginas web especializadas en el tema.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

La salud no está únicamente determinada por factores biológicos y genéticos, sino también por un contexto socioeconómico donde se incluye el nivel de ingresos y los estándares educativos individuales. La salud puede verse también afectada por determinadas actividades empresariales, bien por la contaminación del medioambiental o bien, como en el tema del presente trabajo, por la comercialización y promoción de bienes de consumo más bien nocivos (como sería el caso de determinados alimentos poco saludables o las bebidas azucaradas), o la promoción de consumos o conductas con poder adictivo y lesivo (como el tabaco, alcohol o el juego). (1)

Se define como determinantes comerciales de salud a las estrategias y enfoques utilizados por el sector privado para promover productos y opciones que son perjudiciales para la salud. Este concepto único aúna a varios otros: a nivel *micro*, incluye el comportamiento del consumidor y la salud, la individualización y la elección; a nivel *macro*, la sociedad global del riesgo, la sociedad global de consumo y la economía política de la globalización.

Las estrategias clave a través de las que el sector privado ejerce una influencia fundamental en los patrones de consumo y en las políticas públicas de control han sido descritas por *Kickbusch et al.* (2)

1. Marketing: su principal función es mejorar la deseabilidad y aceptabilidad de los productos insalubres y dañinos.
2. Lobbying: su objetivo es evitar aquellas acciones de las administraciones de Salud Pública que vayan en contra de sus intereses.
3. Estrategias de responsabilidad social empresarial: su fin es desviar la atención sobre lo poco idóneo de sus productos y blanquear la reputación de sí mismos.
4. Extensas cadenas de suministro: su finalidad es poder facilitar el acceso a estos productos en cualquier parte del mundo.

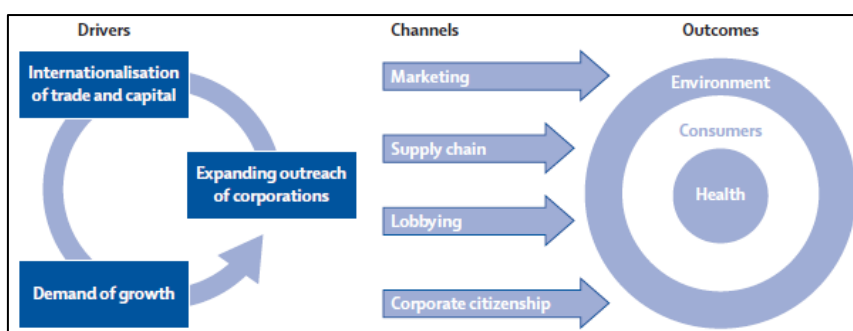


Figura 1. Mecanismos que constituyen los determinantes comerciales de la salud. Tomada de (2).

3.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

El término enfermedades crónica no transmisibles (ECNT; NCD en su acrónimo inglés, *Non Communicable Diseases*) hace referencia a un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda, y que generan consecuencias para la salud a largo plazo y crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Las principales ECNT son, según orden de prevalencia, las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus (DM). (3)

Actualmente, las ECNT son la principal causa de muerte a nivel mundial y su prevalencia está aumentando progresivamente en todo el mundo (*Figura 2*). Se ha estimado que en 2020 las ECNT causaron 44 millones de muertes. (3)

Las ECNT también constituyen una carga para la economía global, ya que reducen la productividad, contribuyen a la pobreza, sobrecargan los sistemas de salud, e impiden el desarrollo general. El 25% de las muertes por ECNT ocurren en personas menores de 60 años, lo que genera una reducción significativa la productividad laboral. Además, en los próximos 20 años, se calcula que las ECNT costarán más de 30 billones de dólares (\$US 3×10^{12}), equivalente 36-37% del PIB global de 2020. Como consecuencia, esto desplazará y/o mantendrá a millones de personas por debajo de la línea de pobreza. (4)

Los factores de riesgo principales que causan las ECNT incluyen el consumo de tabaco, la mala alimentación, la inactividad física, y el consumo nocivo de alcohol. El consumo de tabaco es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de las principales causas de muerte a nivel global (*Figura 3*) (5). Es por ello por lo que es el factor sobre el que más se ha actuado ya que es elemento clave que presenta menos dificultad de actuación.

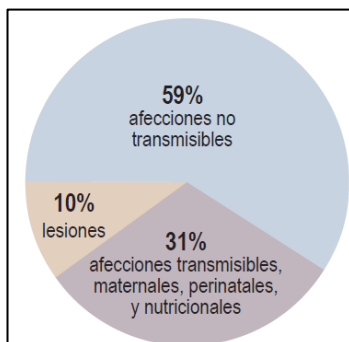
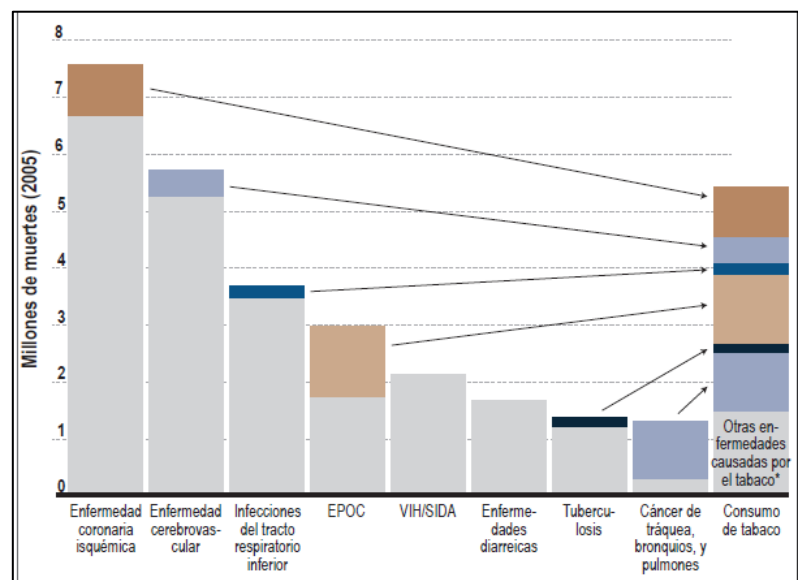


Figura 3. Consumo de tabaco como factor de riesgo de 6 de las 8 causas principales de muerte a nivel global. Sacado de (3).

Figura 2. Distribución según causalidad del número de muertes en países de ingresos medio-bajos (2011). Fuente: OMS, 2011. Sacado de (3).



3.3 PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ECNT (2013-2020)

Es tal la magnitud de la problemática de las ECNT a nivel de salud mundial que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llevado a cabo un plan de acción mundial para su prevención y control, centrándose en los factores de riesgos que son fuertemente prevenibles.

El Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las ECNT 2013-2020 (con la COVID-19 no se ha presentado aún el nuevo plan) se planteó como una hoja de ruta cuyo objetivo era que los Estados Miembros, los socios internacionales y la Secretaría de la OMS se unieran para reducir la carga de las ECNT y los factores de riesgo. Este plan de acción pretendía ayudar a alcanzar el objetivo de reducir en un 25% los casos de mortalidad por ECNT para 2025. Incluía un marco de seguimiento global integral con nueve metas globales, siendo las más urgentes y las que más inversiones están teniendo (6):

1. Reducción relativa de la mortalidad general por ECV, cáncer, DM o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% para 2025
2. Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en un 10% para 2025
3. Reducción relativa de la actividad física insuficiente en un 10% para 2025.
4. Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más para 2025.

Para llevar a cabo estas metas, la OMS ha propuesto una serie de intervenciones recomendadas para abordar las ECNT. Caben destacar las medidas propuestas para el control del consumo de tabaco, el consumo del alcohol y las dietas malsanas (7).

Respecto al tabaco, destaca:

- Aumentar los impuestos especiales y los precios aplicados a los productos de tabaco.
- Utilizar un empaquetado neutro y/o advertencias sanitarias gráficas en todos los paquetes de tabaco.
- Promulgar y aplicar una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
- Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares y transportes públicos.
- Realizar campañas a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno.

Respecto al alcohol, destaca:

- Aumentar los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas.
- Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol.

- Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor.

Respecto a las dietas malsanas, destacan:

- Reducir la ingesta de sal reformulando los productos alimenticios para que contengan menos sal y fijando niveles objetivos de contenido de sal.
- Reducir la ingesta de sal mediante la creación de un entorno propicio en instituciones públicas que puedan proponerse opciones con un menor contenido
- Reducir la ingesta de sal mediante campañas en los medios de comunicación.
- Reducir la ingesta de sal mediante la instauración de un etiquetado en la parte frontal de los envases.

Tras esta breve introducción sobre la problemática de las ECNT, en este trabajo me centraré en describir, en primer lugar, las medidas que se han realizado para el control del tabaco y, posteriormente, su potencial extrapolación a otras áreas de salud pública destacando el consumo de alcohol, el juego patológico, la mala alimentación y el cambio climático.

4. LECCIONES APRENDIDAS DEL CONTROL DEL TABACO

El consumo de tabaco actualmente es la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial. De continuar el patrón de consumo actual, el número de muertes atribuibles al tabaquismo aumentará a 10 millones anuales en 2030. Se estima que el tabaco podría matar a cerca de 1000 millones de fumadores durante el S. XXI, teniendo lugar el 80% de estas muertes prematuras en los países de ingresos bajos y medios.

4.1 CONVENIO MARCO Y ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL TABACO (8)

El control del tabaco hace referencia al conjunto de medidas legislativas cuyo objetivo es desnormalizar el consumo de tabaco, actuando sobre los factores que influyen en su oferta y en su demanda. Estas medidas de control no se ciñen solamente a ámbitos clínicos o asistenciales, sino que abarcan otros ámbitos: legales y normativos, económicos, informativos y educativos, etc.

El objetivo último de las estrategias de control es reducir la morbi-mortalidad atribuible al consumo de tabaco. Para ello, se pretende disminuir la prevalencia de consumo y proteger a toda la población de la exposición al humo ambiental de tabaco.

Las estrategias de prevención, protección y control del tabaquismo pretenden cambiar los determinantes sociales, ambientales e individuales que promueven el uso del tabaco, incluyendo tanto la evitación del inicio del consumo como la promoción de su abandono. Se trata de iniciativas encaminadas a reducir la influencia de los factores de riesgo, ya sean de carácter ambiental (social y económico), del entorno inmediato o individual, así como a aumentar los factores de protección. Las estrategias de control pueden clasificarse en cuatro grupos según la acción que se lleva a cabo:

1) Estrategias encaminadas al control de la oferta: son intervenciones dirigidas a reducir la presión social hacia el consumo o las oportunidades de consumo. Destacan:

- Incremento de los precios del tabaco por medio del aumento de los impuestos.
- Prohibición de venta o el consumo a personas menores de una determinada edad.
- Regulación de la venta o el consumo en determinados lugares.
- Regulación de los horarios de venta.

2) Estrategias encaminadas al control de la demanda: son intervenciones que tratan de influir sobre las audiencias modificando sus creencias, sus actitudes o su comportamiento en relación con el tabaco.

- Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos y marcas.
- Inclusión de mensajes relativos a los riesgos para la salud que implica su consumo en el etiquetado del tabaco.
- Campañas dirigidas a fomentar el abandono del tabaco.

- Campañas de promoción de estilos de vida libres del tabaco, que utilizan el lenguaje y los métodos publicitarios y se desarrollan a través de los medios de comunicación.
- Otras medidas informativas y de sensibilización que pretenden generar un cambio de actitudes respecto al tabaco y a los riesgos que conlleva su consumo.

3) Estrategias asistenciales y de apoyo para dejar de fumar: la aplicación de las medidas de control de tabaco incrementa el número de personas que desea e intenta de dejar de fumar. Para aumentar la efectividad de estos intentos, y para ayudar a quienes no consiguen dejarlo sin ayuda, el desarrollo de una respuesta eficaz de apoyo es un elemento necesario. Además de las campañas comunitarias dirigidas a fomentar el abandono del consumo de tabaco, existen diversos tipos de intervenciones de apoyo para dejar de fumar:

- Programas de autoayuda.
- Estrategias asistenciales en marco clínico.
- Programas de apoyo asistencial a través de las tecnologías de la comunicación.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) (8-10) es el primer tratado internacional de salud pública. Entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Su objetivo principal es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco.

Las medidas contempladas en el CMCT son medidas políticas y legales cuyos intentos de aplicación han generado una gran resistencia por parte de la industria del tabaco y los sectores económicos de su ámbito de influencia. Entre las principales medidas que vertebran el CMCT, destacan por su impacto y efectividad:

- Incremento significativo del precio del tabaco (mediante impuestos) y su exclusión en el cálculo del IPC para que la subida de precio no repercuta en la inflación.
- Prohibición de la publicidad directa, indirecta y de toda forma de patrocinio por parte de marcas de tabaco.
- Atención sanitaria de la dependencia del tabaco dentro de las prestaciones sanitarias públicas.
- Consecución de espacios públicos totalmente libres de HAT.
- Mayor control de las condiciones y puntos de venta de tabaco.
- Campañas públicas informativas y de sensibilización.
- Monitorización de indicadores clave relacionados con el tabaco.

4.2 TÁCTICAS Y LOBBYING DE LA INDUSTRIA TABAQUERA

La industria tabacalera ha funcionado durante años con la intención manifiesta de socavar el papel de los gobiernos y de la OMS en la aplicación de las políticas de salud pública encaminadas a combatir la epidemia de tabaquismo.

Entre las medidas sugeridas para hacer frente a estas actuaciones destacan:

- El establecimiento de medidas que limiten las interacciones con la industria tabacalera y aseguren su transparencia. Para ello es necesario rechazar las alianzas y los acuerdos que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento con la industria tabacalera y evitar conflictos de intereses para los empleados públicos.
- La desnormalización y regulación de las actividades que la industria tabacalera describe como “socialmente responsables”, exigiendo que la información proporcionada por la industria sea transparente y precisa.

La lucha de las empresas tabacaleras en contra de las medidas control de salud pública es más que evidente. En el año 2000 la Dra Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS, presentó un informe que -mediante documentos confidenciales de las empresas tabacaleras que estas habían tenido que entregar a los jueces- se detallaban y mostraban inequívocamente los esfuerzos llevados a cabo para evitar la aplicación de políticas de salud pública y para reducir la financiación de la lucha antitabáquica. Estos documentos revelaban que las empresas tabacaleras veían a la OMS como uno de sus principales enemigos y que se consideraban en lucha contra la Organización. (11)

Algunas formas de lucha de las empresas tabacaleras contra las medidas de control de la OMS (11) que se recogen en este informe:

- Establecimiento y mantenimiento de relaciones con personal de la OMS, así como consultores y asesores. En algunos casos, las empresas contrataron u ofrecieron empleo futuro a antiguos miembros de la OMS y de la ONU con el fin de obtener contactos en esas organizaciones e influir en sus actividades.
- Ejercicio del poder financiero para influir en la política de la OMS: la industria del tabaco ha intentado socavar actividades de lucha antitabáquica de la OMS ejerciendo presión sobre los presupuestos.
- Tergiversación de la información de la OMS: la industria del tabaco ha financiado a expertos independientes para realizar investigaciones, publicar trabajos, intervenir en conferencias y presionar a los investigadores científicos de la OMS con el fin de influir en los resultados de los estudios.
- Vigilancia de las actividades de la OMS: las empresas tabacaleras han vigilado en secreto reuniones y conferencias de la OMS obteniendo documentos e información confidenciales
- Campañas mundiales de persuasión: es una campaña mundial en curso con el objetivo de convencer a países en desarrollo y productores de tabaco de que se opongan a las políticas de lucha antitabáquica de la OMS.
- El tabaco en el tercer mundo (12): las empresas tabacaleras han iniciado una campaña generalizada para despertar el interés de países en desarrollo y conseguir su ayuda en el seno de ONU. Trataron de convencer a países en vías de desarrollo de que la pérdida del tabaco como cultivo comercial provocaría la desestabilización económica de los países cultivadores de tabaco, aumentando en gran medida la carga de pobreza y malnutrición en esos países. A lo largo de los años ochenta y noventa, las empresas tabacaleras trataron de movilizar a funcionarios de países en desarrollo para promover un programa en pro del tabaco.

Es de añadir que miembros del grupo de presión de esas empresas trataron también de fomentar el resentimiento contra el mundo industrializado, insistiendo en que las enfermedades relacionadas con el tabaco eran una preocupación de los países ricos, a quienes no interesaban las realidades económicas ni los verdaderos problemas de salud del mundo en desarrollo.

Son de especial relevancia el caso de Plan de acción Boca Ratón y el de la Organización Panamericana de la Salud:

- 1) Plan de acción Boca Ratón (12): En 1988, bajo la dirección de Geoffrey Bible, el entonces presidente de *Philip Morris International*, altos ejecutivos de las oficinas regionales de Philip Morris y de la sede de Nueva York se reunieron en Boca ratón, Florida, con el fin de hacer un plan de acción para atacar los programas de lucha antitabáquica de la OMS, influir en las prioridades de las Oficinas Regionales de la OMS y seleccionar como blanco la estructura, la gestión y los recursos de la OMS. El plan identificó 26 amenazas mundiales para la industria del tabaco y múltiples estrategias para contrarrestarla. (13)
- 2) Organización Panamericana de la Salud (OPS): En 1990, Dietrich, director de la *Habana Cigar Brand Association*, fue designado miembro de un comité de la OPS. Durante parte del periodo en el que Dietrich formó parte de ese comité, se ha demostrado que recibió honorarios mensuales como consultor de la *British American Tobacco*. (14)

4.3 LECCIONES APRENDIDAS

En definitiva, las derrotas que hemos sufrido en muchos años de actuación relativamente ineficaz nos ha hecho comprender una serie de ideas básicas que suelen englobarse bajo la idea de la importancia del control, que podrían resumirse en:

- 1) Hay muchos problemas de salud que para resolverse necesitan antes nuestra actuación en los parlamentos y en los gobiernos (en los órganos legislativos y ejecutivos correspondientes) que en las consultas, quirófanos y hospitales (que también es precisa, pero en segundo lugar).
- 2) Mientras que en determinados comportamientos los profesionales sanitarios hemos tendido a priorizar sus aspectos patológicos o adictivos (que son obvios), no hemos sido del todo conscientes que primariamente estos son conductas. Conductas o comportamientos que son influenciados por los mismos condicionantes ambientales y sociales que lo son el resto de las conductas. Por muy patológicas que sean, la mayoría de las conductas se adquieren, se aprenden. En ello hay obviamente componentes biológicos, pero también muchos componentes sociales que es conveniente abordar.
- 3) La industria tabaquera nunca vio fumar como algo sanitario, sino como una conducta aprendida e imitada, facilitando que así pudiera serlo. Por ello, utilizó y utiliza todo tipo de condicionamientos psicológicos y sociales que le son

permitidos (y parte de los no permitidos) para potenciar sus ventas, algo que consigue primariamente mediante la aceptabilidad -la normalización- de esas conductas.

- 4) Contrarrestar la promoción de las conductas y/o productos poco saludables implica enfrentarse a una serie de industrias que para ello utilizan una gran cantidad de recursos humanos y materiales. Negarse a ver nuestra actuación como un claro enfrentamiento -como un parar los pies a las tácticas predatorias de determinadas industrias- es desconocer por completo la realidad.

5. POTENCIAL EXTRAPOLACIÓN DE LAS LECCIONES DE CONTROL DEL TABACO A OTRAS ÁREAS DE SALUD PÚBLICA

5.1 LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

Actualmente, los expertos en nutrición y actividad física están alarmados por la creciente epidemia de obesidad, más visible en los países desarrollados. A diferencia del tabaco, la alimentación y la actividad física son esenciales para la vida; por ello, la difusión de determinados estilos de vida que hacen que frecuentemente se consoliden determinadas conductas, que en algunas personas pueden manifestarse con tendencias compulsivas similares a las de quienes fuman al usar la comida para gratificarse más allá de sus necesidades nutricionales. Si bien estas últimas personas pueden tener más dificultades para cambiar sus conductas alimentarias adquiridas, desde una perspectiva global tiene una mayor importancia aquellas conductas sin especiales componentes compulsivos, pero fruto de las modas o presiones sociales.

5.1.1 EPIDEMIOLOGÍA (15)

El surgimiento de la epidemia mundial de obesidad tiene graves efectos adversos para la salud. Los datos de la observación de la OMS muestran que, al menos 2,8 millones de muertes y 35,8 millones de AVAD son atribuibles a la adiposidad cada año en todo el mundo.

Se espera que las ECNT y la obesidad superen al tabaco como la principal causa evitable de morbilidad en las próximas décadas. Aunque la reducción de las muertes prematuras y las discapacidades por ECV en los países desarrollados ha estado disminuyendo durante décadas, el aumento de la obesidad, DM-2 y los cánceres relacionados con la obesidad ha sido considerable.

5.1.1.1 MODELO DE EPIDEMIA DE LA OBESIDAD (15)

Se ha propuesto un modelo de epidemia de obesidad, similar al propuesto por López y cols. en relación al tabaco. Aunque varía por regiones, según el modelo de la epidemia de tabaquismo, la prevalencia del tabaquismo crece lentamente en unos 20 años (Etapa 1), abruptamente en los siguientes 30 años (Etapa 2) alcanzando el pico al final de la Etapa 2 hasta llegar prevalencias alrededor del 60%. Posteriormente, la prevalencia comienza a declinar gradualmente, aproximadamente al 0,5% anual (Etapa 3) y 0,75% anual en la etapa final (Etapa 4). La característica más destacable de este modelo es la brecha de 30 años entre el pico de tabaquismo prevalencia y el pico en el porcentaje de muertes por tabaquismo.

Actualmente la obesidad se encuentra en la mayoría de los países en las primeras etapas: hay una prevalencia creciente, pero sus efectos sobre la mortalidad tardarán aún varios años en verse completamente. Al igual que en el caso del tabaco, los estudios epidemiológicos de la obesidad en las primeras etapas subestimarían los riesgos y la carga de morbilidad. La prevalencia de la obesidad probablemente superará la

prevalencia del tabaquismo, pero hoy en día los compromisos con el control de la obesidad son aún demasiado débiles.

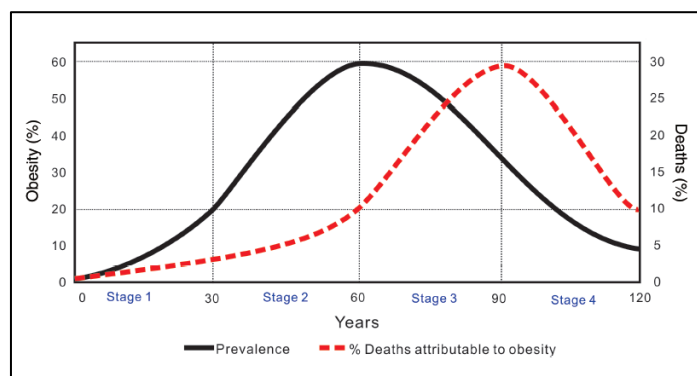


Figura 4. Modelo de la epidemia de obesidad. Tomada de (15).

5.1.2 SIMILITUDES ENTRE OBESIDAD Y TABACO

La primera similitud entre el tabaco y la obesidad es la tendencia en continuo aumento durante las primeras décadas de la epidemia, con el inicio temprano del tabaco, seguido de la obesidad unas décadas más tarde, sin signos de caída en las primeras etapas. (15)

Otra semejanza es que tanto el tabaquismo como la obesidad son dos de las principales causas de las ECNT. De los cuatro principales factores de riesgo de las ECNT, excepto el tabaquismo, tres están relacionados con la obesidad: el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y la falta de actividad física; esto que destaca la necesidad de comprender mejor la evolución de la obesidad para el control de las ECNT.

La mayor parte de la información sobre la obesidad proviene de estudios en países desarrollados. Los países en desarrollo han experimentado recientemente un breve período de la epidemia de obesidad, y aunque en ellos los estudios existentes no han revelado completamente sus efectos en la salud pública o la población sobre las enfermedades crónicas o la mortalidad, se considera que probablemente los resultados sean similares a los observados en los países desarrollados. (15)

El tabaquismo y la obesidad son problemas poblacionales y no solo problemas individuales. La prevención y el manejo efectivo de la obesidad requiere un enfoque multidisciplinario y medidas integrales, involucrando acciones en todos los sectores de la sociedad y acciones globales unidas. La atención clínica individualizada mejora indudablemente las perspectivas de salud de las personas en riesgo, pero es necesaria una actuación tipo control para evitar la mayor parte de los efectos de la epidemia.

Como se ha descrito al hablar del control del tabaco, los esfuerzos de los clínicos no pueden reducir por sí solos la amplia aceptabilidad cultural del consumo de tabaco y las presiones para fumar en diversos entornos. De manera similar, no se puede esperar que el asesoramiento médico por sí solo reduzca significativamente las tasas de obesidad en toda la población. Es por ello por lo que en ambos casos hacen falta programas integrales que permitan abordar simultáneamente múltiples facetas del entorno, al tiempo que fortalecen la aplicación del asesoramiento clínico basado en la evidencia.

5.1.3 ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LA OBESIDAD BASADAS EN EL CONTROL TABÁQUICO

Tomando como base el marco de acción del Departamento de salud humana de los EE. UU. para el control del consumo de tabaco, se puede analizar su influencia en el control de la industria de la alimentación para la reducción de la obesidad (16). El informe identifica cinco elementos clave para el control de la obesidad basándose en los elementos usados para el control del tabaco:

5.1.3.1 INTERVENCIÓN Y MANEJO CLÍNICO

El asesoramiento y el tratamiento para dejar de fumar por profesionales sanitarios es una de las intervenciones de prevención de enfermedades más efectivas y rentables desde el punto de vista clínico. Estudios recientes han encontrado que los médicos que hablaron sobre el tabaquismo tenían pacientes más satisfechos que los que no lo hicieron, incluso entre los pacientes que no estaban interesados en dejar de fumar (17).

En los últimos años han aparecido numerosas pautas clínicas para el tratamiento y el abandono del hábito de fumar. Cabe destacar la pauta llevada denominada de las 5 As (18):

- Preguntar a cada paciente sobre el consumo de tabaco en cada visita
- Aconsejar a los consumidores de tabaco que dejen de fumar.
- Evaluar la disposición de cada usuario a dejar de fumar.
- Ayudar, mediante asesoramiento y farmacoterapia, a todos los pacientes que estén dispuestos a intentar dejar de fumar.
- Organizar el seguimiento.

Se han formulado diferentes pautas para el manejo e intervención de la obesidad basadas en las utilizadas para la deshabituación tabáquica. Estas pautas han mostrado eficacia de una variedad de enfoques para la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Entre ellas se incluyen la terapia dietética, la actividad física, la modificación del comportamiento. Mientras que la farmacoterapia se recomienda para todos los consumidores de tabaco independientemente de la cantidad fumada, los riesgos y beneficios de la farmacoterapia para la obesidad están aún por dilucidar (este es un campo de enormes perspectivas económicas para la industria farmacéutica).

5.1.3.2 ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

Las intervenciones y estrategias educativas se han realizado principalmente a través de los programas escolares y la publicidad, los medios de comunicación y el *contramarketing* (19).

5.1.3.2.1 PROGRAMAS ESCOLARES

La mayoría de las personas que comienzan a fumar lo hacen antes de los 18 años. Los programas escolares, que comienzan en los grados primarios, se enfocan en la prevención y el abandono del consumo de tabaco, han sido una parte integral de los programas integrales exitosos de control del tabaco. Algunos estudios han encontrado

que los efectos pueden mantenerse por más tiempo con el uso de sesiones de refuerzo, campañas en los medios de comunicación, restricciones en el acceso de los jóvenes a los productos de tabaco y la aplicación de las políticas escolares.

Las escuelas también son lugares donde se pueden realizar intervenciones de nutrición y actividad física. A pesar de las dificultades inherentes a establecer y mantener programas escolares para el control del tabaco y la obesidad, se ha encontrado que los programas escolares bien diseñados y completamente implementados mejoran las conductas alimentarias y la actividad física de niños y adolescentes. Las estrategias programáticas identificadas como más probables de ser efectivas incluyen la implementación de planes de estudio de salud y educación física que ayuden a los estudiantes a adoptar y mantener estilos de vida físicamente activos y conductas alimentarias saludables.

5.1.3.2.2 PUBLICIDAD, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONTRAMÁRKETING

La promoción y publicidad del tabaco aumentan tanto el consumo de tabaco entre los adultos como la iniciación entre los jóvenes. El objetivo del *contramarketing* es promover el abandono del hábito tabáquico y disminuir la iniciación, contrarrestando los mensajes e influencias pro-tabaco y aumentando las influencias y mensajes pro salud que "desnormalizan" el tabaquismo. El *contramarketing* no es eficaz si no tiene la duración, la frecuencia y el alcance suficientes.

La televisión está relacionada directa y causalmente con la prevalencia de la obesidad entre niños y adolescentes (20). Ya en 1999, un estudio encontró que los productos alimenticios representan más del 60% de los productos anunciados en los programas de televisión infantiles de los sábados por la mañana (21). Las intervenciones destinadas a reducir el visionado de televisión han sido muy eficaces tanto en el tratamiento como en la prevención de la obesidad en entornos clínicos y escolares.

5.1.3.3 ESTRATEGIAS REGULATORIAS

El control de los productos de tabaco, las leyes de acceso de menores, las políticas de aire limpio en interiores para proteger la salud de los no fumadores, las restricciones a la publicidad y la promoción son las áreas principales donde se está desarrollando la regulación. La regulación debe combinarse con otros componentes del programa dirigidos a cambiar las normas sociales, o las restricciones de productos por edad o por ubicación de uso puede simplemente llevar a las personas a ajustar dónde obtienen o consumen tabaco.

Existen varias tácticas regulatorias que afectan al consumo de alimentos de grandes poblaciones. Los más rentables para el control de la obesidad son el etiquetado de nutrientes que afecta significativamente el comportamiento de compra del consumidor (22). El suministro de información nutricional facilita la elección de los consumidores entre productos más y menos saludables cuando las diferencias en las características

(por ejemplo, el sabor) son relativamente pequeñas. Sin embargo, si el efecto de sustitución (p. ej., diferencia de sabor) es grande, es posible que el etiquetado de nutrientes no cambie el consumo general de alimentos menos saludables.

A diferencia del tabaco, los alimentos o las prácticas dietéticas específicas aún no se han relacionado de manera indiscutible con la obesidad. Por lo tanto, la mayoría de las estrategias regulatorias que podrían afectar el consumo de alimentos aún no se pueden justificar de un modo absolutamente concluyente. Las políticas escolares que se centran en la mejora de la nutrición y la actividad física como estrategias de prevención de la obesidad representan vías prometedoras para futuras investigaciones.

5.1.3.4 ENFOQUE ECONÓMICO

La teoría económica establece que la demanda de un producto disminuirá a medida que aumente su precio. Los adolescentes y las personas de países de ingresos bajos y medianos son especialmente sensibles al aumento de precios. Un aumento del 10% en el precio de los cigarrillos provocará una disminución del 3% al 5% en el consumo general en los países de ingresos altos y una disminución del 6% al 10% en los países de ingresos bajos y medios (23). Además, una de las estrategias clave de control del tabaco, es disminuir la asequibilidad del tabaco aumentando los impuestos sobre los productos de tabaco.

Debido a que la alimentación y la actividad física, a diferencia del tabaco, son esenciales para la vida, las cuestiones tributarias deben considerarse con más cautela en este ámbito. Aunque los impuestos no son actualmente una herramienta muy utilizada para el control de la obesidad, las fuerzas económicas pueden afectar claramente las opciones de alimentos y los patrones de consumo.

Una estrategia que está siendo considerada por algunos gobiernos es la imposición de impuestos a alimentos y bebidas selectos, en particular a bebidas edulcoradas (15). Vista la oposición frontal (el así llamado "*scream test*", prueba del grito) que desató la industria alimentaria ante los primeros intentos serios de imposición, en salud pública no hay duda de su eficacia, aunque sí de cuáles pueden ser las mejores estrategias para implementarlas.

5.1.3.5 PROGRAMAS COMUNITARIOS

Para apoyar el cambio de comportamiento a nivel individual -como dejar de fumar, mantener la abstinencia o realizar una buena dieta- las comunidades deben cambiar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los miembros de la comunidad, al mismo tiempo que cambian la forma en que se promueven, venden y usan los productos. Por lo tanto, los esfuerzos deben estar dirigidos a las personas y al entorno social que promueve el consumo de productos dañinos y lo acepta.

El efecto medido de los programas comunitarios puede ser relativamente pequeño en general, pero incluso un efecto pequeño en la reducción del consumo de productos

nocivos como el tabaco o los alimentos insanos se traduce en un gran impacto en la salud pública, dado el gran número de fumadores y obesos y la significativa morbilidad y mortalidad asociadas a ambos factores de riesgo. Por lo tanto, la eficacia moderada de los programas comunitarios queda más que compensada por su alcance sustancial.

En contraste con las intervenciones de base amplia dirigidas al tabaco, se han realizado menos intervenciones de cara a la obesidad, y en general estas no han incluido estrategias comunitarias o ambientales que refuercen las intervenciones escolares (24).

En contraste con la enérgica promoción realizada para el control del tabaco, la promoción en torno al control de la obesidad ha sido hasta el momento mucho más limitada. Esto se debe a que la epidemia de obesidad es un fenómeno reconocido más recientemente y sobre todo a que, dado que la obesidad ha sido habitualmente vista como una enfermedad que resulta de la falta de autocontrol, son las personas con sobrepeso, más que su entorno, quienes son percibidas como responsables de su enfermedad.

5.1.4 TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

Las tácticas empleadas por las industrias de la alimentación son similares a las empleadas por las del tabaco y se han resumido en el acrónimo MARSH (25):

- *Misinform* (M): las industrias dañinas gastan ingentes cifras de dinero para generar estudios de "investigación" que debiliten la evidencia del daño.
- *Attack* (A): las corporaciones dañinas atacan a personas, organizaciones y países.
- *Recruit* (R): reclutar aliados y distritos electorales: las industrias tabacaleras en el pasado y, más recientemente las empresas de bebidas azucaradas, acumulan distritos electorales internos y asociaciones comerciales para crear máquinas de oposición política. Además, también reclutan a responsables de la formulación de políticas, los medios de comunicación, la sociedad civil y grupos de consumidores.
- *Substitute* (S): sustituir las medidas eficaces por otras más ineficaces o más difíciles de controlar, como la educación o la "elección individual", la autorregulación o los acuerdos voluntarios.
- *Heap money* (H): la industria proporciona fondos sustanciales para científicos, periodistas, políticos y partidos políticos.

"Los mosquitos no tienen grupos de presión y de cabildeo, pero la industria que contribuye al aumento de las enfermedades no transmisibles sí los tienen". La frase de la doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, hace referencia a la situación actual donde las principales epidemias no son transmitidas por los mosquitos sino por las grandes corporaciones que, a diferencia de los insectos, cuentan con actividades de lobbying, grupos de ataque frontal y millones de dólares.

Se considera que la epidemia propagada por las corporaciones de las bebidas y la comida basura provocará que, por primera vez en siglos, la esperanza de vida entre la población descienda revirtiendo la tendencia histórica en aumento.

El *Journal of Public Health* de Oxford dedicó un editorial a señalar a la industria de alimentos y bebidas como el vector corporativo más preocupante que amenaza las políticas de salud pública. Señaló que: “No es sorprendente encontrar que las mayores empresas de alimentos están utilizando las mismas tácticas de la industria del tabaco para influir en el entorno regulatorio. Al igual que la industria del tabaco, las alimentarias ponen la responsabilidad del problema de salud en las decisiones de los consumidores, se oponen a la intervención gubernamental argumentando que se infringe la libertad individual, usan sus campañas de marketing social para fortalecer su reputación y promover sus marcas, oponiéndose a cualquier política efectiva”. Esta declaración fue firmada por un destacado grupo de especialistas en nutrición y salud pública de todo el mundo convocados por la *International Obesity Task Force* y la *International Union of Nutritional Sciences*, para tratar las tendencias de la obesidad, las acciones que se están tomando y cuáles son las barreras para implementar las políticas contra la obesidad.

Existen múltiples ejemplos de la estrategia seguida por la industria para bloquear las políticas destinadas a combatir el sobrepeso, la obesidad y la DM: desde la oposición declarada contra las recomendaciones de la OMS; pasando por el multimillonario lobbying para evitar etiquetados frontales sencillos y útiles para que los consumidores puedan distinguir un producto con altos contenidos de azúcar, grasas y/o sodio; su oposición a las regulaciones que protegen a los niños de su publicidad y sus productos en las escuelas y su estrategia internacional para evitar que se establezcan medidas fiscales, como impuestos, a sus productos.

En este sentido, la estrategia seguida por la industria de refrescos y procesadora de alimentos para combatir por diversos medios las medidas fiscales impuestas a sus productos no saludables amenaza con agudizar la epidemia de sobrepeso y obesidad.

En su discurso del 20 de mayo de 2013 a la WHA (Asamblea Mundial de la Salud), la directora general Margaret Chan señaló como ejemplo de lo que nos enfrentábamos al hecho de ni un solo país en todo el mundo había conseguido darle la vuelta en todas las edades a la epidemia de la obesidad.

5.2 LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL

5.2.1 EPIDEMIOLOGÍA (28)

El consumo de alcohol es factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Cada año es responsable del 5,3% de las muertes a nivel mundial y del 5,1% de AVAD, según datos de la OMS, siendo los costes asociados con su consumo de más del 1% del PIB en los países de ingresos altos y medios.

Su consumo se asocia causalmente con diversas ECNT, sobre todo cánceres, HTA, ACV y cirrosis hepática. Desde un punto de vista epidemiológico, su consumo se asocia con una mayor transmisión de algunas enfermedades, como VIH y tuberculosis. Aunque en algunas regiones se describió que un consumo moderado de alcohol estaría asociado a un menor riesgo de ECV, no se han descartado las posibles variables confusoras y en ningún caso -salvo propaganda de la industria- se considera el consumo de alcohol como cardioprotector.

5.2.2 ESTRATEGIAS DE EXPANSIÓN DE LAS EMPRESAS DEL ALCOHOL (28)

El poder y crecimiento económico de las multinacionales del alcohol está en aumento. Claro ejemplo es que dos corporaciones multinacionales del alcohol se encuentran entre las 500 empresas más grandes del mundo con respecto a sus ingresos según la lista *Global 500 de Fortune*: Anheuser-Busch InBev (43,604 millones de dólares) y Heineken (23,208 millones de dólares) (29). A modo de comparación, la tabacalera Philip Morris International tuvo ingresos de 26,794 millones de dólares.

El modo de actuación de las empresas del alcohol varía enormemente según las regiones, las restricciones aplicadas a su consumo y las diferentes clases sociales de los países diana. Se puede distinguir tres tipos de estrategias comerciales según los ingresos del país y su grado de desarrollo económico.

PAÍSES DE ALTO INGRESO

Respecto a los países de altos ingresos, que son lugares que experimentan desarrollo económico, las corporaciones multinacionales tienden a buscar oportunidades para expandir su base de consumidores, incluso mediante un mayor uso de estrategias de marketing que atraen a grupos que suelen tener tasas más bajas de consumo de alcohol, como los jóvenes y las mujeres.

Cabe destacar el caso de EEUU donde se ha producido una disminución en la brecha del consumo de alcohol entre hombres y mujeres coincidiendo con el aumento de la comercialización de bebidas alcohólicas, vodkas aromatizados y otros productos que se consideran atractivos para las mujeres (30).

La industria del alcohol también ha comenzado a producir y comercializar bebidas alcohólicas "más saludables" dirigidas a la creciente población de bebedores conscientes

de la salud, donde destacan las versiones sin gluten, veganas y con alternativas al jarabe de maíz usando zumo de fruta real en lugar de jarabe de maíz (31).

ÁFRICA

Las políticas de comercialización de alcohol en África no están bien reguladas e incluso en países donde existen restricciones de comercialización de alcohol, los anuncios de alcohol aparecen en la radio, vallas y carteles publicitarios. Destaca el caso de la empresa SABMiller que, aprovechando el bajo poder adquisitivo de la población obrera africana, mantiene bajo el coste de la cerveza como estrategia de crecimiento a largo plazo (32). Otro ejemplo es el de la empresa Diageo que ha lanzado productos innovadores como bebidas atractivas para las mujeres donde destaca *Snapp*, descrita por Diageo como "la primera marca en África desarrollada y comercializada exclusivamente para mujeres, proporcionando una alternativa más elegante y sofisticada a la cerveza" (33).

LATINOAMÉRICA

Los sistemas de salud pública para regular y reducir eficazmente el consumo nocivo de alcohol siguen siendo débiles, ya que hay necesidades más urgentes que solventar como la desnutrición, el saneamiento y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas. Esto permite a la industria del alcohol operar prácticamente sin ningún control.

5.2.3 ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL ALCOHOL (34)

Las políticas y estrategias de control del alcohol son un aspecto importante para reducir los daños causados por un consumo excesivo. Se ha observado como el rigor legal de las políticas de control del alcohol está asociado con niveles más bajos de consumo. Este hallazgo demuestra cómo los gobiernos deben formular y promulgar políticas estrictas de control del alcohol, ya que parecen ser herramientas efectivas para reducir la exposición de la población al mismo.

Para reducir la carga del consumo nocivo de alcohol, la OMS ha recomendado tres "mejores compras", incluida la promulgación y el cumplimiento de prohibiciones sobre la publicidad del alcohol, la restricción al acceso al alcohol y el aumento de los impuestos sobre el alcohol.

Una revisión sistemática de las políticas de control del alcohol reveló las cinco estrategias más efectivas para el control del consumo de alcohol:

- Regular la comercialización, la disponibilidad y el servicio del alcohol.
- Medidas educativas y de información pública para el rechazo del alcohol.
- Establecer una edad mínima de compra.
- Regular la publicidad.
- Aumentar los precios de las bebidas alcohólicas.

5.2.3.1 VARIACIÓN INTERNACIONAL

El conjunto de políticas adoptadas a nivel nacional varía enormemente entre países, al igual que la solidez y eficacia de la implementación de estas. Los países se dividen en tres grupos: los que tienen restricciones, los que tienen restricciones parciales (restricciones de contenido, tiempo y lugar, autorregulados) y los que no tienen ningún tipo de regulación ni restricciones. En este último grupo, en 2012, formaba parte el 40% de los 159 países que proporcionaron información a la OMS sobre el estado de sus políticas de comercialización de alcohol (28).

Después de los países del antiguo bloque soviético, la región de los países desarrollados es la que tiene un mayor consumo de alcohol y es, por consiguiente, la que presenta políticas más estrictas sobre su consumo. Respecto a los países en conflicto armado prolongado, se ha observado que hay una débil formulación de políticas sobre el alcohol debido a que los gobiernos priorizan áreas más urgentes. Se observa como Siria o Irak tienen una baja puntuación a nivel de políticas sobre el control de alcohol (35).

Como toda conducta el consumo de alcohol se ve influenciado por la normatividad. Aunque hay una gran heterogeneidad en su promulgación y aplicación como precepto religioso, aquellos países que instituyen la prohibición del consumo como norma de aplicación social, presentan menores prevalencias de consumo de alcohol.

5.2.3.2 IMPOSICIÓN SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS (36, 37)

Una de las principales medidas efectivas realizadas para disminuir la compra y el consumo del alcohol es la implementación de políticas restrictivas como el aumento de las tasas impositivas sobre las bebidas alcohólicas. Estas tasas varían según el país y según el tipo de bebida.

Las medidas impositivas tienen un efecto muy heterogéneo en función del grupo de población estudiado, pues se ha observado que las elasticidades-precio varían según la edad, el sexo, el nivel de renta del hogar y la cantidad de consumo. En cuanto a los diferentes impactos tras un incremento del precio, independientemente de la edad, los bebedores compulsivos apenas responden a cambios en los precios, como ocurre en el resto de trastornos adictivos; sin embargo, la población juvenil, así como quienes no presentan una dependencia -aunque sean bebedores de riesgo- sí responden a dichos cambios. A continuación, se detallan un estudio llevado a cabo para demostrar el impacto del incremento del precio en los consumidores.

Alemania es uno de los países con menor imposición sobre bebidas alcohólicas. Se llegó a la conclusión de que incrementando las tasas impositivas hasta el nivel medio europeo se reduciría el consumo excesivo de alcohol por parte de los menores de edad en más de un 37%. Basándose en datos observacionales se examinó la introducción de una tasa extra en los *alcopops* (bebidas dulces que contienen un volumen de alcohol de un 5-7%, especialmente diseñadas para jóvenes): se evidenció cómo los adolescentes alemanes sustituyeron los *alcopops* por otro tipo de bebidas alcohólicas de mayor graduación. Este resultado confirma la idea de que conviene que las tasas impositivas se introduzcan en

todas las bebidas alcohólicas y proporcionales a la graduación de alcohol, para evitar desplazamientos de unos consumos a otros, quizá peores.

5.2.3.3 CAMPAÑAS DE FORMACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y HABILIDADES

Se ha constatado que las campañas de información y educación dirigidas a los jóvenes acerca de cómo enseñar habilidades para rechazar el alcohol o informar de los efectos de su consumo son efectivas en estos rangos de edad. Se llegó a la conclusión de que los jóvenes con mayor edad, quienes presentan un consumo menor de alcohol y quienes conocen los efectos negativos de su consumo se posicionan más positivamente sobre las estrategias de control del alcohol.

5.2.3.4 REGULACIÓN PUBLICITARIA (38)

Las campañas publicitarias están dirigidas tanto quienes ya beben grandes cantidades como a reclutar nuevos bebedores y a asociar los consumos con las diversas circunstancias, actividades o estados emocionales, lo que contribuye a su normalización. Es decir, promueve:

- La estimulación del consumo: se genera un aumento de la frecuencia de consumo y un aumento de la variedad de ocasiones para beber.
- Promoción del consumo dañino, de riesgo. Una publicista americana refería esto preguntando: “si usted comprueba que el 10% de la población realiza el 90% de las compras, ¿a quién dirigiría usted sus campañas?”

La correcta regulación de la exposición de los jóvenes al marketing es de especial importancia, ya que son más vulnerables: la población juvenil expuesta al marketing de alcohol tiene más probabilidades de comenzar a beber o, si ya bebían, de consumir más.

Un trabajo con estudiantes de 11 a 16 años en Zambia encontró que, quienes refirieron haber recibido alguna vez una bebida alcohólica gratis de un representante de la empresa, tenían más de un 40% de probabilidades de haber bebido hasta intoxicarse y de experimentar problemas relacionados con el alcohol en comparación con los estudiantes que no habían recibido bebidas gratis (39).

Es por ello por lo que la restricción de la publicidad y del marketing del alcohol es una intervención rentable para reducir los daños causados por el alcohol. Sin embargo, la industria del alcohol sostiene que la publicidad no afecta el consumo, señalando que las asociaciones encontradas son simplemente epidemiológicas -no causales- y alegando que su propósito es ayudar a los consumidores a elegir marcas y que no está dirigida a los jóvenes, sino que solo promueven el “consumo responsable”, algo que para creérnoslo nosotros, tendrían que creérselo ellos mismos, cosa que no ocurre en absoluto.

5.2.3.5 EDAD MÍNIMA PARA EL CONSUMO (40)

El consumo de alcohol entre la población juvenil (14 a 25 años) es una preocupación generalizada, tanto por sus consecuencias sanitarias como sociales. El consumo -sobre

todo, el excesivo- de alcohol que se asocia a un aumento del riesgo de todo tipo de accidentes, actuaciones violentas o lesiones y conductas sexuales de riesgo. Carpenter et al., usando los registros de mortalidad canadienses, observaron que el establecimiento de una edad mínima legal para beber reduce significativamente las tasas de mortalidad de los hombres jóvenes (41).

5.2.3.6 PUNTOS DE VENTA ESPECÍFICOS Y LIMITACIÓN DE HORARIO DE VENTA (42)

La restricción de la venta de alcohol fuera de las instalaciones o establecimientos específicos de alcohol proporciona un mejor control de las ventas de alcohol y es especialmente eficaz en la reducción de la oferta para los compradores menores de edad. Existe una fuerte evidencia en la literatura de que el aumento de las horas de apertura en la noche se asocia con un mayor consumo de alcohol.

5.2.4 CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL ALCOHOL (28)

A nivel mundial, algunos investigadores y organizaciones profesionales han pedido un tratado internacional vinculante para reducir el consumo nocivo de alcohol y los problemas relacionados, similar al CMCT de la OMS.

Un convenio marco para el control del alcohol propondría, entre muchas otras medidas, la creación de un código internacional de comercialización de bebidas alcohólicas que podría abordar la promoción de productos alcohólicos al público, la publicidad en el punto de venta y las etiquetas de los productos.

5.2.5 TÁCTICAS Y LOBBYING DE LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL

Con la excepción de la industria tabacalera, se han realizado pocos estudios sobre el impacto del *lobbying* empresarial en la gestión de políticas de salud pública como, por ejemplo, la restricción para el alcohol.

Los productores y minoristas de la industria del alcohol han adoptado políticas de actuación cuya base es la construcción de relaciones donde se establecen y fomentan contactos con los responsables políticos clave. Un claro ejemplo de ello es como la industria del alcohol ha logrado acceder con éxito hasta los responsables políticos más altos del gobierno de Reino Unido.

Otro ejemplo es el caso de Portugal (43). En 2018, hubo una propuesta para aumentar los impuestos de las bebidas alcohólicas, pero la propuesta fue muy cuestionada por la industria del alcohol y finalmente cancelada. Portugal es un país donde la exportación y consumo propio de vino forma parte de sus ingresos principales por lo que la industria tiene gran cantidad de relaciones con el gobierno. Paixão y cols. Llegaron a la conclusión de que las políticas de bajo control con respecto al alcohol en Portugal probablemente estén asociadas con la interferencia de la industria. Además, el hecho de que muchas de las tácticas, como reuniones con organizaciones de salud y legisladores y una tergiversa-

ción de los efectos del alcohol en la salud, estuvieran disponibles en la web accesibles para todos los públicos, hace evidente que la industria actúa con relativa impunidad.

En España en el presente siglo se ha realizado algún intento menos serio que el portugués, pero fue abortado por la reacción inmediata de las industrias afectadas, que utilizaron como frente diversas actividades profesionales no tan claramente afectadas.

5.3 LA INDUSTRIA DEL JUEGO

El juego patológico, que incluye fundamentalmente los juegos de azar con apuestas (*gambling*), constituye en la actualidad un grave problema que afecta a un gran número de personas en todo el mundo.

La ludopatía (*pathological gambling*) fue reconocida como un trastorno en salud por la OMS en 1992. En la actualidad es el único trastorno adictivo reconocido tanto en el DSM-5 como en la CIE-11 que no implica el consumo de una sustancia química, sino la realización de una actividad. La evidencia empírica de varios estudios científicos demuestra que el potencial de los comportamientos adictivos asociados al juego es relevante clínicamente y que los individuos experimentan consecuencias negativas, así como impedimentos funcionales en su vida diaria debido a los comportamientos adictivos y dañinos (44).

En España, ha habido un incremento exponencial del juego desde su legalización en 1977 y, actualmente, al menos el 2% de la población mayor de 18 años reúnen los criterios para ser considerados jugadores patológicos. La prevalencia es de tres hombres por cada mujer, iniciándose ellos más en la adolescencia y ellas más en la madurez. Desde el punto de vista económico el sector mueve en España 41.828 millones al año, facturando las empresas alrededor del 0,9% del PIB (44). Pese al dinero líquido que genera de manera rápida para las arcas estatales, no hay evidencia de que los diversos tipos de juegos acaben generando beneficios netos en los diversos países.

La difusión del juego *on-line*, y la carencia de regulación comprehensiva al respecto, es actualmente una de las principales fuentes de trastornos patológicos relacionados con el juego.

La legalización del juego y sus daños ha contribuido al aumento de consecuencias negativas tanto sociales como de salud en algunos subgrupos sociales, entre los que se incluye a la población juvenil sobre todo masculina, los hogares de menor nivel socio-económico y socio-educativo y, en algunos países, las minorías étnicas. Los jugadores-problema tienen un riesgo más alto de desarrollar cuadros psicopatológicos como depresión y trastornos de ansiedad, o consumo de sustancias como alcoholismo, tabaquismo u otras drogas, entre otros. Se estima que, por cada persona que desarrolla problemas severos con el juego, otras 5-10 personas se ven afectadas negativamente (45).

5.3.1 ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL JUEGO PATOLÓGICO (46)

Hay una gran similitud entre las medidas de control aplicadas para el control del tabaco y las realizadas para el control del juego. Las medidas se pueden clasificar en tres categorías atendiendo al ámbito de acción:

1) Iniciativas de salud pública: resulta de gran interés la prevención a nivel macro mediante la restricción de la disponibilidad y accesibilidad de las oportunidades de acceso al juego, sobre todo en el caso de los jóvenes, donde el juego está prohibido. Dentro de las políticas dirigidas a la protección de los usuarios, se han descrito cinco estrategias de salud pública.

- Desnormalización del juego, que conduzca la atención hacia los efectos de las campañas de marketing sobre los usos y las actitudes sociales normativas.
- Efectiva protección de los jóvenes mediante las restricciones de acceso a los juegos no permitidos y la limitación de la publicidad.
- Aumento de la conciencia de los riesgos asociados al juego y la promoción de decisiones racionales e informadas vinculadas con el juego.
- Reducción del daño en consumidores ya involucrados en el juego a través de programas de prevención indicada o intervención temprana.

2) Iniciativas educativas: programas de prevención escolar de carácter psico-educacional que pretenden aumentar el conocimiento acerca del juego y de las características vinculadas al juego problemático

3) Iniciativas de disminución de la demanda: una de las tácticas más efectivas de la industria del juego es la promoción de anuncios a la audiencia, así como entablar relaciones con los medios de comunicación. Es por ello por lo que la principal medida de control es la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos y marcas.

5.3.2 TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DEL JUEGO

Las tácticas de la industria del juego son muy similares a las tácticas usadas por la industria del tabaco y del alcohol. Sin embargo, las iniciativas para luchar contra estas estrategias casi no están desarrolladas. Esto es debido a que gran parte de los esfuerzos de la salud pública han estado enfocados en luchar contra *The Big Three* (tabaco, alcohol y comida basura) y a que el juego patológico no ha sido reconocido como un trastorno adictivo hasta muy recientemente. Esto ha facilitado que apenas haya información o conocimiento acerca de las tácticas utilizadas por otras industrias dañinas.

Thomas y cols. (45) investigaron la actitud y opinión de 15 expertos de salud pública acerca de la industria del juego y otras industrias relacionadas con él, así como acerca de las tácticas usadas por la industria para frenar su reforma. Se llegó a la conclusión de que las tácticas de la industria del juego son muy similares a las del tabaco.

De las tácticas usadas por la industria, destacan las siguientes:

- Relaciones con los medios de comunicación: son críticas para poder realizar una aproximación efectiva al público, así como la promoción de sus anuncios a la audiencia por parte de los medios. Es una de las estrategias más efectivas.
- Donaciones políticas e ingresos fiscales: ayuda a que las relaciones entre la industria y el gobierno sean más estrechas. Estas donaciones aumentan cuando se plantea la realización de reformas en contra de la industria del juego.
- Financiación de investigaciones propias: tiene como objetivo generar descubrimientos similares a los argumentos que apoya la industria y proporcionar comentarios profesionales que puedan combatir las reformas del gobierno.
- Lobbying: la industria del juego contrata lobbies dedicados a influenciara a mandatarios políticos en la toma de decisiones.

5.3.3 BÚSQUEDA DE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL (45, 47)

Al igual que las industrias del tabaco, alimentación, alcohol, etc., la industria del juego se ha escudado en la responsabilidad individual del consumidor, haciendo que sea percibido como un problema de la persona, en vez de un problema ocasionado por la industria. Esta actitud hace que las empresas queden impunes del daño que ocasionan sus productos.

Para ello, la industria ha financiado estudios donde se prioriza el juego a nivel personal, alejándose de las características de las actividades y ambientes del juego. Esto es comparable a cómo la industria del tabaco financió investigaciones de la contribución de los genes y el estrés al cáncer en vez del potencial dañino del tabaco.

Los daños del juego no solo afectan al propio consumidor, sino que suelen recaer en quienes le rodean, destacando el ambiente familiar. Las investigaciones acerca de los daños del juego a nivel individual suelen excluir este tipo de daño.

El objetivo de intentar acabar con este enfoque personal por medio de evidencias en el campo del juego se ve complicado por el hecho de que la mayoría de las investigaciones acerca del juego están financiadas por esta industria, presentando conflictos de interés.

5.3.4 LECCIONES DEL JUEGO PARA EL CONTROL (48)

Hay varias medidas de control del juego patológico que pueden ser efectivas en la lucha para el control del tabaco. Son medidas enfocadas al control personal de los consumidores del juego de las que destacan el *self-banning* donde los clientes establecen un límite diario de gastos en las plataformas de juego; y el *self-regulation* que permite a los clientes prohibirse la entrada a los establecimientos o a las plataformas online.

Aunque estas soluciones que impiden o limitan el gasto del juego a nivel económico individual probablemente sean muy poco aplicable en el caso del tabaco, podrían ser implicadas en otras áreas relacionadas (pornografía, alimentación, alcohol, etc.).

5.3.5 RELACIÓN ENTRE JUEGO PATOLÓGICO Y LA INDUSTRIA DEL TABACO

Se sabe desde hace tiempo la relación existente entre la industria tabaquera y la industria del juego. Como hicieron con la industria hostelera, las tabaqueras se han esforzado por convencer al sector de los juegos de azar para luchar contra la legislación de espacios sin humo, con falsos argumentos económicos o promoviendo “soluciones” como salas de fumadores o cubículos convenientemente “ventilados”. La evidencia muestra que los sistemas de ventilación aplicados pueden eliminar el olor a tabaco, pero no eliminan del aire los tóxicos y carcinógenos del humo del tabaco. Esta relación con la industria del juego forma parte de las variadas estrategias de oposición de la industria del tabaco a las medidas de espacios sin humo.

Aunque no está tan firmemente establecida la relación entre la industria del juego y la del alcohol, hay sospechas fundadas de una interrelación. En cualquier caso, el consumo de alcohol se asocia claramente con el juego y los problemas de alcohol se asocian fuertemente con los problemas del juego, motivo por el cual en algunos lugares no se permite el consumo de alcohol simultáneo al juego.

5.4 OTROS INTERESES COMERCIALES

5.4.1 CAMBIO CLIMÁTICO

El control del consumo de tabaco es, hoy en día, una de las máximas prioridades para la salud mundial, mientras que el cambio climático es la mayor amenaza para la salud mundial a medio y largo plazo. Las medidas que se han llevado a cabo para el control del impacto de la industria tabacalera pueden servir de base e inspiración para el desarrollo de políticas climáticas.

5.4.1.1 SIMILITUDES ENTRE TABACO Y CAMBIO CLIMÁTICO

Se han descrito varias semejanzas entre el control del tabaco y el cambio climático:

- Además de causar un gran daño sobre la salud de la población, ambos son causantes de efectos adversos sociales, económicos, de equidad y de género.
- En ambos hay un largo plazo de tiempo entre la causa y el efecto; y ambos requieren medidas a largo plazo y sistemas de seguimiento.

- Los efectos negativos del tabaco y del cambio climático están aumentando cada vez más y tendrán mayor efecto en los países subdesarrollados y en la población pobre.
- Tanto el tabaco como el cambio climático están influenciados por fuertes conflictos de interés.
- Al igual que en la lucha contra el tabaco, el cambio climático necesita políticas locales, así como políticas internacionales integrales y un seguimiento a largo plazo.

5.4.1.2 LECCIONES DEL CONTROL DEL TABACO (49)

Respecto al tabaco, hubo un retraso de 50 años entre la aceptación de la evidencia científica del daño que ocasionaba y el desarrollo de políticas de control. Este desfase temporal costó en el siglo XX más de 100 millones de vidas y, dependiendo de la eficacia de nuestras intervenciones, ocasionará un múltiplo de esta cifra en el siglo XXI. Afortunadamente, en el ámbito del cambio climático este proceso está siendo más ágil (Figura 5).

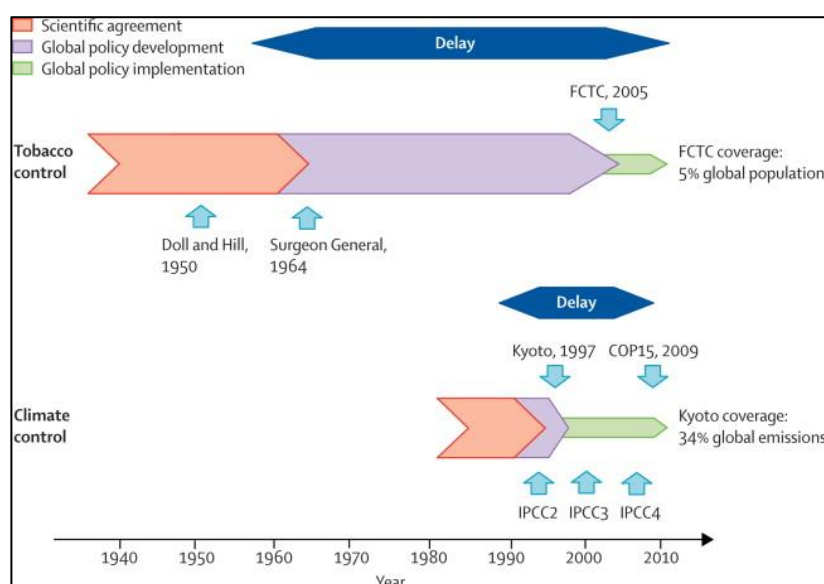


Figura 5. Comparativa de la acción global frente al control del tabaco y al cambio climático. FCTC: CMCT; COP-15: 15ª Conferencia de las Partes del Marco de las NNUU. Tomada de (49).

Este proceso de aceptación se ha llevado a cabo en dos etapas: primero, la comunidad científica tuvo que demostrar que el cambio climático es, en gran medida, resultado de acciones de la humanidad. Segundo, en 1995 el *Intergovernmental Panel of Climate Change* (IPC) concluyó: “es probable que el cambio climático tenga impactos de gran alcance y en su mayoría, efectos adversos para la salud de los seres humanos” lo que indica que ya en 1995 había suficiente conocimiento como para poder tomar acciones para proteger a la población de estos efectos.

El primer tratado global sobre política climática fue firmado en Kioto en 1997. En él se incluyeron 37 países del primer mundo excluyendo a los mayores emisores (EE. UU. y Australia) y representando solo el 34% de las emisiones de CO₂. Este tratado sentó los

primeros pasos en la formulación de políticas contra el cambio climático y para el control de emisiones.

La conferencia más grande llevada a cabo para apoyar el segundo paso de las políticas sobre el cambio climático tuvo lugar en Copenhague en 2009 (COP15). Su principal objetivo fue el desarrollo de medidas efectivas para la reducción de la temperatura del cambio climático por debajo de 2°C para finales de siglo y la inclusión en estas medidas de países en vías de desarrollo y subdesarrollados.

Se puede afirmar que la principal lección aprendida de la gestión del tabaco es que el retraso en el acuerdo entre las políticas internacionales y la mala implementación de las medidas costará innumerables vidas.

5.4.1.3 OTROS CONTAMINANTES AMBIENTALES

La actuación de las industrias que producen, utilizan, desechan o liberan sustancias especialmente contaminantes (asbesto, derivados del azufre, plomo, etc.) ha sido similar a la de las industrias tabaqueras en cuanto al cuestionamiento de la evidencia científica: negación primero y generación de “evidencia” contraria (siembre de dudas “razonables”) cuando ya era innegable.

De ahí puede mejorarse las maneras de enfrentarse a ese tipo de riesgos para la salud que no dependen de las conductas individuales inducidas por la promoción: transparencia absoluta, para que sean manifiestos los potenciales conflictos de interés de los agentes implicados, regulación independiente (no dejar que el zorro establezca como debe regularse el acceso al gallinero) y evitar al máximo posible todo tipo de retrasos a la hora de aplicar la regulación considerada adecuada: aunque no siempre es fácil de discernir qué es o cuál es la “intoxicación científica” generada intencionalmente, debe tenerse presente que su principal objetivo es diferir la promulgación y la implementación de medidas eficaces contra sus intereses; si este objetivo no es factible, como mal menor, están dispuestas a colaborar por la promulgación -y, a poder ser, no implementación- de regulaciones “aguadas”.

Puede ser de gran utilidad a este respecto tener en cuenta las aportaciones del libro *“Doubt is their product”* de David Michaels, que muestra con ejemplos gráficos las amenazas a la salud derivadas de la siembra de dudas -de hecho, considera la duda su principal producto comercial- sobre la evidencia científica para poder seguir difundiendo sus productos. Esto puede comprobarse en la falta de correlación existente entre el negacionismo del cambio climático y el nivel de estudios: no es solo una cuestión de falta de información.

5.4.2 AMPLIO CAMPO

Dentro de los riesgos para la salud derivados de las conductas individuales con un cierto componente adictivo, que son facilitadas o promocionadas por determinados intereses comerciales, podrían destacarse los derivados del consumo de cannabis, los derivados del consumo de pornografía y los derivados del consumo de videojuegos. En realidad, el campo es muy amplio y puede aplicarse a toda una serie de conductas muy heterogéneas que presentan diversos componentes adictivos o, al menos, impulsivos.

Es muy llamativa, por ejemplo, la pasividad de nuestra sociedad ante el acoso comercial que sufren nuestros en los anuncios que se difunden en los horarios infantiles y en los propios programas o series infantiles. La cuestión del control de las armas de fuego, en aquellos países que tienen más problemas al respecto es también similar; de hecho en la novela americana, llevada al cine en 2005, *Gracias por fumar* (*Thank you for smoking*) los dos lobistas que consuelan y forman equipo con el del tabaco, son los el lobista del alcohol y el lobista de la NRA (Asociación Nacional del Rifle). Aunque no es objetivo del presente trabajo, todos los esfuerzos comerciales y para-comerciales por promocionar los nuevos productos de nicotina como “reductores del riesgo” y por difundir “programas abiertos” de reducción de daños, no son sino esfuerzos directos e indirectos de la industria por posponer, interferir y evitar una regulación adecuada a su riesgo de los novedosos productos de tabaco y de nicotina (50).

5.4.2.1 “BIG CANNABIS” (51-57)

Alcohol y cannabis comparten varias características, como acción depresora central, similar grado adictividad, relativa inocuidad de los consumos puntuales. Obviamente hay características farmacológicas que no comparte: efectos alucinógenos del cannabis, sintomatología abstinente en alcohol, adictividad no cruzada entre ambos.

De manera similar a lo que ocurre con el consumo de alcohol, el consumo esporádico de derivados cannábicos no da lugar a grandes problemas de salud. Las cosas cambian cuando el consumo de cannabis se institucionaliza y se normaliza: de manera también similar al alcohol, un consumo social extendido y periódico (regular, *continual*) constituye sin duda una gran amenaza para la salud pública, para la individual y colectiva de muchas personas de nuestra sociedad.

La regulación existente sobre la difusión, venta, promoción y consumo de derivados cannábicos en muchos países puede ser considerada como un “agravio comparativo” con la existente en el caso del alcohol y del tabaco. No obstante, hay bastante unanimidad entre los profesionales -aunque, por falta de aplicación, la evidencia científica es aún limitada- que aplicar al cannabis regulaciones similares a las que se aplican a tabaco y alcohol lo que muy probablemente induciría es un problema relativamente similar al que ahora tenemos con el tabaco y, sobre todo, con el alcohol.

De manera similar a como se ha denominado *Big Tobacco* y *Big Alcohol* al grupo de industrias con intereses comerciales en estos dos productos, actualmente se denomina *Big Cannabis* al grupo de industrias con intereses comerciales en la normalización e

institucionalización del cannabis, industrias que no siempre son distintas de las anteriores.

Es indudable que, al igual que ocurre en el caso del alcohol, en la actualidad existe un conjunto de intereses por banalizar el consumo regular de cannabis, por no transmitir una adecuada percepción de riesgo sobre su consumo. Parte de estos intereses pueden no ser comerciales, pero la mayor parte sí los son. Y a menudo se disfrazan estos últimos de los primeros, que son mucho más “vendibles” a los diversos sectores de la población general.

El espíritu crítico desarrollado y la experiencia acumulada en control de tabaco puede servirnos para que los derivados cannábicos -que es posible que sean algo menos tóxicos que el alcohol- no acaben originando unos problemas de salud pública de similar gravedad a los que han generado, y siguen haciéndolo, el tabaco y el alcohol.

5.4.2.2 CONSUMO DE PORNOGRAFÍA (58-62)

Aunque un conjunto heterogéneo de conductas sexuales no han sido incluidas en el DSM-5 o en el CIE-11 como trastornos adictivos, cualquier persona que las haya experimentado o abordado terapéuticamente es consciente de que presentan una serie de rasgos que las asimilan a las conductas adictivas. Entre estas pueden incluirse las diversas parafilias y el consumo (no voluntario) de pornografía.

De hecho, cómo se generan y desarrollan, los circuitos cerebrales implicados, cómo tienen lugar los “cravings”, los deslices y las recaídas y cómo tratan clínicamente es (casi) absolutamente similar al resto de los trastornos adictivos.

La principal razón de su no inclusión ha sido que no siempre es fácil atribuir el componente adictivo -téngase en cuenta que una adicción es, por definición, una conducta aprendida- de una serie de conductas sexuales capaces de generar muy diversos problemas sociales y que, no por relativamente infrecuentes, conviene que reciben el apelativo atenuante de “patológicas” (que no se utiliza en psiquiatría; se prefiere emplear “trastorno”, que en inglés es un término de mucho mayor contenido: *disorder*).

Dentro de estas conductas las que más problemas están generando -todo dependen también qué se consideren “problemas”- es la difusión abierta (a golpe de *clic* en páginas absolutamente accesibles) de productos pornográficos con intereses comerciales. La necesidad de romper viejos tabúes no siempre permite apreciar claramente los nuevos.

La difusión gratuita de muestras “para probar”, totalmente regulada en el caso del consumo y la promoción de sustancias químicas adictivas para los menores (y también para los adultos), sorprendentemente no está apenas regulada (salvo horarios de televisión) en este caso. Ocurre algo similar en el caso del juego; la diferencia aquí es que la publicidad es menos necesaria y más encubierta.

5.4.2.3 VIDEOJUEGOS (*GAMING*) (63-68)

Aunque hay quien la encuadra dentro del *gambling*, el hecho de que en el *gaming* (videojuegos) no haya habitualmente recompensa económica directa hace que sea clasificada como otra categoría de conductas, categoría aún no incluida en el DSM o en el CIE11, aunque probablemente lo sea en el futuro (como ocurre con algunas de las conductas abordadas en el apartado previo).

La industria de los videojuegos es la industria con más futuro en el campo del ocio y del entretenimiento. En 2020 en la industria de los videojuegos tuvo como ingresos unos 180.000 millones de dólares, viéndose favorecida por las restricciones aplicadas a raíz de la Covid-19. En comparación en 2019, donde no se vio afectada por la Covid-19, toda la industria del cine tuvo unos ingresos de unos 100.000 millones de dólares.

Visto el monto de sus ingresos no es sorprendente la cantidad que dedican a I+D. Entre otras cuestiones prácticamente monopolizan casi toda la investigación en adictividad de los videojuegos, tanto la publicada como lo no publicada. Aunque quienes diseñan los videojuegos tienden a explicar en sus entrevistas cómo se preocupan porque estos *enganchen* (en general, no emplean términos más precisos), la investigación oficial publicada tiende a encontrar que no son adictivos y que en general apenas causan problema alguno.

Esto es algo bastante lógico de “encontrar” en una investigación con claros conflictos de intereses al respecto. Es imprescindible contar con investigación independiente libre de intereses respecto a este tipo de conductas que modelan en gran manera nuestra actividad en el tiempo libre y lo van a modelar aún más en el futuro.

La experiencia adquirida en afrontar los intereses comerciales de las tabaquerías puede hacer también que desde salud pública se consigan minimizar los efectos negativos - sean estos muchos o pocos, algo que habrá que determinar- que estas otras industrias (*The big gaming*) puedan generar.

6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

6.1 IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

En la actualidad hay una evidencia científica absolutamente concluyente sobre el hecho de que nuestra salud depende de lo que consumimos o nos incitan a consumir.

Como se señala, siguiendo a las preocupaciones de la OMS, en el artículo de 2016 de The Lancet *“el aumento de las enfermedades no transmisibles es una manifestación de un sistema económico global que actualmente prioriza la creación de riqueza sobre la creación de salud. Muchos problemas y soluciones clave se encuentran fuera del sector de la salud, especialmente en los dominios de las finanzas internacionales, el comercio y las políticas de inversión. Las paradojas del siglo XXI exigen una colaboración interdisciplinaria profunda y el concepto de Determinantes Comerciales de la Salud proporciona un espacio conceptual distinto para unir a diferentes investigadores y creadores de políticas en la búsqueda de un objetivo común. Avanzar en la consideración sistemática del sector privado es vital para promover la salud en un mundo cada vez más globalizado y orientado al consumidor”*.

El abordaje de estas amenazas y problemas es algo que requiere habilidades, estrategias y recursos que superan ampliamente, que son muy diferentes, a aquellas necesarias para realizar una asistencia clínica de calidad. No ser conscientes de esto, hará que nuestra incompetencia no impida, facilite, e incluso promueva, las actuaciones de distintos intereses privados que afectan seriamente a la salud de la población.

6.2 MECANISMOS DE CONTRA-MÁRKETING (69)

La OMS ha identificado el tabaco, el alcohol y los alimentos procesados como las principales causas de ECNT y los principales contribuyentes a las muertes prematuras, las enfermedades prevenibles y las desigualdades nacionales e internacionales en salud a nivel mundial. Cada año, las industrias del tabaco, alcohol y la alimentación gastan miles de millones de dólares en la comercialización de sus productos, lo que aumenta la cantidad de personas que los consumen.

Las campañas de *contra-marketing* (CM) utilizan comunicaciones de salud para reducir la demanda de productos no saludables al exponer los motivos y socavar las prácticas de marketing de los productores. Estas campañas pueden contribuir a la prevención de ECNT al desnormalizar la comercialización del tabaco, el alcohol y los alimentos no saludables. Se ha demostrado que las campañas de CM son un componente eficaz del control integral del tabaco y de otros factores de riesgo para las ECNT.

El CM ha sido aplicado en mayor medida para paliar las consecuencias del tabaco. Se pueden extraer varios conceptos y aprendizajes del CM del tabaco, donde se destacan los siguientes.

- Criticar las acciones y la manipulación de la industria: la crítica a las prácticas de la industria es un componente fundamental de las campañas de CM en el tabaco. Esta técnica es usada también en el CM a nivel del alcohol, juego patológico y los alimentos y bebidas insalubres.
- Apelación a las emociones: las emociones relacionadas con el deseo de las mujeres jóvenes de no ser estereotipadas de género o los temores de los padres por el bienestar de sus hijos pueden usarse en las campañas de CM que desafían la comercialización del alcohol para las mujeres o la manipulación de los niños para influir en su deseo de cereales azucarados para el desayuno.
- Adaptación y segmentación: las campañas de CM se segmentan según las características del público objetivo, incluidos factores psicográficos y culturales como valores, actividades o el estilo de vida.
- Creación de una marca de CM: la identidad de igual a igual es un componente importante de cualquier marca. Los comercializadores de tabaco, alcohol y alimentos han utilizado las redes sociales, el marketing viral y otras estrategias para crear “embajadores de marca”. Los miembros de la comunidad de marca compran más, permanecen leales y reducen los costos de marketing a través del apoyo de boca en boca. El uso del CM serviría para ayudar a adquirir una adecuada percepción de riesgos y para promover los cambios deseables de conducta.

6.3 CONFLICTO DE INTERESES

Las relaciones entre los profesionales de la salud y algunas industrias han generado un deterioro de la salud pública y del profesionalismo, debido a la existencia de conflictos de interés (CDI). Se hace referencia a aquellas industrias, generalmente corporaciones multinacionales, cuyos productos pueden tener un impacto negativo en la salud (70).

La OMS define CDI como *“aquel conflicto que se plantea cuando un interés secundario interfiere con el interés primero de la OMS y su personal. Los conflictos de intereses no se limitan a los de índole financiera”* y como *“todo interés que pudiera afectar, o que pueda percibirse razonablemente como susceptible de afectar, la objetividad y la independencia del experto”*. (71)

La OMS recientemente ha desarrollado una propuesta de herramienta que ayuda a sus Estados miembros a prevenir y controlar CDI con las políticas de la industria. Mientras la mayoría de los estados miembros, ONGs e instituciones académicas apoyaron las medidas; las organizaciones del sector comercial las calificaron como inapropiadas, imposibles de llevar a cabo e incompatibles con los *Sustainable Development Goals* (72).

Por medio de la influencia académica y su subsecuente discusión en grupos políticos, las corporaciones poderosas con grandes intereses e influencia política polarizan la discusión sobre los aspectos que más les interesan. Esto da lugar a que frecuentemente los gobiernos basen sus políticas en datos no siempre fiables sobre la creación de riqueza, en el potencial económico y en la creación de empleo en vez de en los efectos que sus productos pueden causar en la salud de la población.

A continuación, se detallan las tácticas usadas por la industria (72).

6.3.1 FINANCIACIÓN DE INVESTIGADORES

Es una de las actuaciones principales de la industria y a través de la cual obtiene su mayor beneficio. Se han llevado a cabo diferentes revisiones sistemáticas, mayoritariamente en el ámbito de la industria farmacéutica y de la alimentación, al ser las que usan mayoritariamente esta técnica. Se destacan cuatro revisiones:

- Una revisión sistemática de *Cochrane* concluyó que es más probable que los estudios patrocinados por compañías de medicamentos en comparación con los no patrocinados por la industria reporten resultados y conclusiones favorables.
- *Ebrahim et al.* halló que los autores patrocinados por la industria farmacéutica reportaban menos declaraciones negativas de los medicamentos de la empresa a evaluar.
- Una revisión sistemática de estudios nutricionales concluyó que los estudios financiados por la industria de la comida eran más propensos a tener conclusiones favorables comparados con los estudios que no eran de la industria.
- Entre marzo y octubre de 2025, Nestlé financió 76 estudios sobre alimentación y nutrición. De estos estudios, 70 reportaron resultados favorables a las empresas financiadoras.

Del mismo modo un estudio que examinaba revisiones sistemáticas de bebidas azucaradas encontró que los autores con CDI con empresas eran cinco veces más propensos a reportar no asociación entre las bebidas azucaradas y la ganancia de peso comparado con los revisores que no tenían conflictos de interés.

6.3.2 RELACIONES CON PROFESIONALES DE LA SALUD

Hay evidencias de que las relaciones de los profesionales de la salud con la industria farmacéutica afectan a su conducta prescribieron fármacos. Una revisión en países desarrollados y en vías de desarrollados halló que las compañías visitan al 90% del personal sanitario y les da regalos, así como muestras de medicamentos y artículos patrocinados.

Si bien parte de los objetivos de las industrias farmacéuticas son comunes con la de los profesionales sanitarios, lo que motiva que puedan ser convenientes determinadas relaciones, no es el caso de las industrias cuyos efectos son sistemáticamente deletéreos para la salud.

6.3.3 RELACIONES CON ORGANIZACIONES DE SALUD PROFESIONALES

Entre las estrategias que emplean las industrias de los refrescos y varias de la alimentación, se encuentran el apoyo a determinadas organizaciones profesionales de la salud, en concreto, a aquellas que se dejan “ayudar”.

Al analizar la correspondencia de e-mail entre los ejecutivos de Coca-Cola y el líder del International Life Science Institute, Sacks et al. hallaron que la industria afectaba al cuerpo de la investigación por medio de su influencia en la generación de evidencia.

Un estudio sobre las organizaciones de salud financiadas por Coca-Cola entre 2010 y 2016 en España halló que la mayoría de los artículos publicados (70%) se basaron en el uso de la estrategia de la inactividad física como factor de riesgo de la obesidad en vez del consumo de azúcar.

Todo esto contribuye a que productos no especialmente saludables consigan, previo pago, avales de sociedades científicas o profesionales que en absoluto se ajustan a sus características.

6.3.4 MANEJO CONFLICTOS (DIRECTRICES DEL ARTÍCULO 5.3 DEL CMCMT DE LA OMS) (73-77)

El artículo 5.3. del Convenio Marco del Control del Tabaco es uno de sus artículos clave. En él se indica que *“a la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional”*.

En la 4ª Conferencia de las Partes de 2008 se aprobaron sus directrices, que pueden ser de gran utilidad para afrontar todo tipo de relaciones con aquellas industrias con conflictos de interés manifiestos en campos que afectan directamente a la salud pública. Estas directrices, que aquí se resumirán brevemente, pueden encontrarse en castellano https://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_5_3/es/.

Las directrices pueden dividirse en 4 partes: una introductoria, una de principios rectores, una tercera más amplia sobre medidas específicas y una cuarta conclusiva o general. En la parte introductoria, aparte de la justificación de su porqué, delimita o determina la aplicabilidad de las mismas y señala que:

- se aplican al establecimiento y la aplicación de las políticas de salud pública de las Partes relativas al control del tabaco, concretando que también se aplican a las personas, los órganos o las entidades que contribuyen, o pueden contribuir, a la formulación, aplicación, administración u observancia de dichas políticas.
- son aplicables a los empleados, representantes y funcionarios públicos de cualquier institución u órgano nacional, estatal, provincial, municipal, local u otro órgano o institución público o semi/cuasipúblico en el ámbito de la jurisdicción de una Parte, y a cualquier persona que actúe en su nombre.
- tras señalar que un vasto cúmulo de pruebas documenta la amplia diversidad de estrategias y tácticas utilizadas por la industria tabacalera para interferir en el establecimiento y la aplicación de medidas de control del tabaco, se expresa que las medidas recomendadas en estas directrices tienen por finalidad “proteger contra la interferencia no solamente de la industria tabacalera sino también,

cuando procede, de organizaciones e individuos que trabajan para promover los intereses de esa industria”. De hecho, continuamente aparece la expresión “la industria tabaquera o quienes trabajan para promover sus intereses”.

Como principios rectores establece cuatro:

1. Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública
2. Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes
3. Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente
4. Debido a que sus productos son letales, no se deberían conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios

El término “fundamental e irreconciliable” aplicado a las industrias tabaqueras quizá no sea tan aplicable a todas las industrias a las que se ha hecho mención aquí, pero en muchos casos sí que lo será, ya que sus objetivos no tienden a coincidir con lo de salud pública. Los adjetivos “transparente y responsable” son claramente extrapolables o todo tipo de conflictos de interés. En relación a no aplicar incentivos, quizá en algunas áreas –potabilización de aguas, añadir nutrientes específicos a determinados alimentos, etc.– podría ser interesante otorgar determinados incentivos a algún tipo de industrias, aunque tampoco tiene por qué ser extrapolable a todas.

En relación a las medidas y recomendaciones se establecen ocho medidas, cada una con sus respectivas recomendaciones, señalándose explícitamente que nada de lo que ellas disponen impedirá a una Parte imponer requisitos más estrictos que sean compatibles con estas recomendaciones. Aquí se recogen solo las medidas:

1. Concienciar sobre la naturaleza adictiva y perjudicial de los productos de tabaco y sobre la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco de las Partes
2. Establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan
3. Rechazar las alianzas y los acuerdos que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento con la industria tabacalera
4. Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos
5. Exigir que la información proporcionada por la industria tabacalera sea transparente y precisa
6. Desnormalizar y en la medida de lo posible regular las actividades que la industria tabacalera describe como socialmente responsables, incluidas las actividades descritas como de responsabilidad social institucional, pero no limitadas a éstas
7. No conceder trato preferencial a la industria tabacalera
8. Tratar a la industria tabacalera de propiedad estatal de la misma manera que a cualquier otra tabacalera

Las recomendaciones, especialmente amplias en el punto 4, son muy específicas y, *mutatis mutandis*, son muy aplicables a las relaciones con las industrias con potenciales o reales conflictos de interés con la salud pública.

Dos ideas destacan en la última parte de las directrices: la importancia de la actualización (habida cuenta de que las estrategias y tácticas utilizadas por las industrias evolucionan constantemente) y la facilitación de la denuncia de prácticas corruptas y de sistema que posibiliten la implementación de lo establecido.

A la hora de extrapolar estas ideas, principios, medidas y recomendaciones conviene tener en cuenta que conflictos con la salud pública pueden tenerlos en diverso grado muchos tipos de instituciones, incluso aquellos cuyo objetivo primario es la salud de la población, como pueden ser las industrias farmacéuticas o determinados colectivos profesionales. Por eso se señala *mutatis mutandis*.

7. CONCLUSIONES

1. La OMS considera que las ECNT son responsables de la mayor parte de la mortalidad en la actualidad y lo van a seguir siendo en las próximas décadas.
2. Gran parte de las ECNT derivan de estilos de vida y consumos promovidos por determinados grupos con intereses comerciales. El primer ejemplo del que se adquirió conciencia fue el tabaco; afrontarlo adecuadamente ha llevado bastantes años de esfuerzo hasta que se han conseguido desarrollar las medidas adecuadas.
3. Estas medidas habitualmente se engloban en el denominado control del tabaco. De hecho, el CMCT es el primer tratado universal de Salud Pública. Ha servido para desarrollar el concepto de CDH.
4. Abordar estos CDH implica ser consciente de que nos enfrentamos a una serie de industrias que se deben a sus accionistas, que intentan cambiar la percepción social de las conductas que fomentan y que ponen todo tipo de medios y estrategias para, en la medida de lo posible, diferir o diluir la puesta en marcha de medidas eficaces para su control.
5. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que, como señala la OMS, los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarios para hacer frente a estas amenazas de la salud son distintos a los que se requieren para el ejercicio de los aspectos clínicos de nuestra profesión.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ireland R, Bunn C, Reith G, Philpott M, Capewell S, Boyland E, Chambers S. Commercial determinants of health: advertising of alcohol and unhealthy foods during sporting events. *Bull World Health Organ*. 2019;97:290-295.
2. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. 2016;4:e895-e896.
3. Reynales-Shigematsu LM. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud Publica Mex*. 2012;54:323-31.
4. World Economic Forum, Harvard School of Public Health. The Global Economic Burden of Non Communicable Diseases. Geneva: World, Economic Forum, 2011.
5. Organización mundial de la salud. Global Status Report on Non-Communicable Diseases. Ginebra: OMS; 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación de mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2014.
7. Organización Mundial de la Salud. Manejo de enfermedades no transmisibles, discapacidad, violencia y prevención de lesiones. Ginebra: OMS; 2013.
8. Ayesta FJ, Bianco E, Peruga A, Salvador-Llivina T. Control del tabaco: introducción (tema C-01). PIUFET3.0: Máster Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo, Universidad de Cantabria; 2018.
9. McInerney TF. The WHO FCTC and global governance: effects and implications for future global public health instruments. *Tob Control* 2019;28(S2):s89-93
10. Collin J. Global health, equity and the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Glob Health Promot* 2010;17(S1):S73-5.
11. WHO. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents. Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization, Geneva: WHO; 2000.
12. Hartogh JM. *To all members of the ICOSI task force 4th world conference on smoking and health*. [Memo by E. Brueckner] 26 de junio de 1979. British American Tobacco Company. 100433043–3047 at 3046. Guildford Document Depository. UQ 33162.
13. WHO: *Strategies and Tactics*. 31 de enero de 1989. Philip Morris Companies Inc. 2501045143–5147 at 5143. www.pmdocs.com
14. Dietrich P. 6 de septiembre de 1991. British American Tobacco Company. 300516109–6111 at 6111. Guildford Document Depository. UQ 33569.
15. Xu L, Lam TH. Stage of obesity epidemic model: Learning from tobacco control and advocacy for a framework convention on obesity control. *J Diabetes* 2018;10:564-571.
16. Mercer SL, Green LW, Rosenthal AC, Husten CG, Khan LK, Dietz WH. Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. *Am J Clin Nutr* 2003;77(S4):1073S-1082S.

17. Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs—August 1999. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, August 1999.
18. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>
19. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994. Available at: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr2.htm>
20. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the TV set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 1985; 75:807–12.
21. Gamble M, Cotugna N. A quarter century of TV food advertising targeted at children. *Am J Health Behav* 1999; 23:261–7.
22. Teisl, MF, Levy AS. Does nutrition labeling lead to healthier eating? *J Food Distrib Res* 1997; 3:19–26.
23. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000.
24. Green LW. Bridging the gap between community health and school health. *Am J Public Health* 1988; 78:1149.
25. Capewell S, Lloyd-Williams F. The role of the food industry in health: lessons from tobacco? *Br Med Bull* 2018;125:131-143.
26. Higgins ST. Borrowing from tobacco control to curtail the overweight and obesity epidemic: Leveraging the U.S. Surgeon General's Report. *Prev Med* 2015; 80:47-49.
27. Calvillo A, Székely A. La trama oculta de la epidemia: obesidad, industria alimentaria y conflicto de interés. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: <https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2018/02/la-trama-oculta-d-la-epidemia-obesidad-2018.pdf>
28. Esser MB, Jernigan DH. Policy Approaches for Regulating Alcohol Marketing in a Global Context: A Public Health Perspective. *Annu Rev Public Health* 2018; 39:385-401.
29. DeCarlo S, ed. Fortune Global 500. *Fortune* 2016. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: <http://beta.fortune.com/global500/list>
30. Kindy K, Keating D. For women, heavy drinking has been normalized. That's dangerous. *Washington Post*, December 23, 2016. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: https://www.washingtonpost.com/national/for-women-heavy-drinkinghas-been-normalized-thats-dangerous/2016/12/23/0e701120-c381-11e6-9578-0054287507db_story.html?utm_term=.51fac654a9a

31. Chaudhuri S. Booze makers court consumers with 'healthier' drinks. *Wall Street Journal* July 24, 2016. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: <http://www.wsj.com/articles/booze-makers-court-consumers-with-healthier-drinks-1469392485>
32. Kell J. Here's how SABMiller plans to tap into Africa's nascent beer market. *Fortune*, March 10, 2015. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: <http://fortune.com/2015/03/10/sabmiller-africa-beer-market>
33. Diageo Annual Report 2013. London: Diageo. [Consultado 20 mayo 2021] Disponible en: https://www.diageo.com/pr1346/aws/media/1479/diageo_ar_2013_lo-res_master_final.pdf
34. Gilmore I. What lessons can be learned from alcohol control for combating the growing prevalence of obesity? *Obes Rev* 2007;8(S1):S157-S160.
35. Madureira-Lima J, Galea S. Alcohol control policies and alcohol consumption: an international comparison of 167 countries. *J Epidemiol Community Health* 2018;72:54-60.
36. Mora T. Acerca de la imposición sobre bebidas alcohólicas en España. *Gac Sanit*; 32:176-180.
37. Müller S, Piontek D, Pabst A, et al. Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany. *Addiction* 2010;105:1205-1213.
38. Maani Hessari N, Bertscher A, Critchlow N, Fitzgerald N, Knai C, Stead M, Petticrew M. Recruiting the "heavy-using loyalists of tomorrow": An analysis of the aims, effects and mechanisms of alcohol advertising, based on advertising industry evaluations. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:4092.
39. Swahn MH, Ali B, Palmier JB, Sikazwe G, Mayeya J. 2011. Alcohol marketing, drunkenness, and problem drinking among Zambian youth: findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *J Environ Public Health* 2011:497827
40. de Visser RO, Hart A, Abraham C, Memon A, Graber R, Scanlon T. Which alcohol control strategies do young people think are effective? *Drug Alcohol Rev* 2014;33:144-51.
41. Carpenter CS, Dobkin C, Warman C. The Mechanisms of Alcohol Control. *J Hum Resour* 2016;51:328-356.
42. Gilmore I. What lessons can be learned from alcohol control for combating the growing prevalence of obesity? *Obes Rev* 2007;8(S1):S157-S160.
43. Paixão MM, Mialon M. Help or hindrance? The alcohol industry and alcohol control in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* 2019;18:4554.
44. Brand M, Rumpf HJ, Demetrovics Z, Müller A, Stark R, King DL et al. Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of "other specified disorders due to addictive behaviors"? *J Behav Addict* 2020. DOI: 10.1556/2006.2020.00035.
45. Thomas SL, David J, Randle M, Daube M, Senior K. Gambling advocacy: lessons from tobacco, alcohol and junk food. *Aust N Z J Public Health* 2016;40:211-177.

46. Messerlian C, Derevensky J, Gupta R. Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promot Int* 2005;20:69-79.
47. van Schalkwyk MCI, Cassidy R, McKee M, Petticrew M. Gambling control: in support of a public health response to gambling. *Lancet* 2019;393:1680-1681.
48. Farrell L. Are there lessons from gambling control for tobacco control? *Addiction* 2020;115:811-812.
49. Nilsson M, Beaglehole R, Sauerborn R. Climate policy: lessons from tobacco control. *Lancet* 2009;374:1955-1956.
50. (Vidal A. Reducción de daños: nuevo mantra de la industria del tabaco, TGF, 2021, UC).
51. Richter KP, Levy S. Big marijuana--lessons from big tobacco. *N Engl J Med* 2014;371:399-401.
52. Subritzky T, Lenton S, Pettigrew S. Legal cannabis industry adopting strategies of the tobacco industry. *Drug Alcohol Rev.* 2016 Sep;35(5):511-3.
53. Burnham EL, Eakin MN, Pakhale S. Ethics of health research supported by for-profit cannabis companies: What have we learned from Big Tobacco? *Ann Am Thorac Soc* 2019;16:396-397.
54. Gornall J. Big cannabis in the UK: is industry support for wider patient access motivated by promises of recreational market worth billions? *BMJ* 2020;368:m1002.
55. Casswell S. We can't rely upon monitoring by researchers and civil society to prevent cannabis industry influence-a global response is needed. *Addiction* 2021. doi: 10.1111/add.15575.
56. The Big Cannabis EFT (Exchange Traded Fund) Comparison 14.12.2020 En: <https://longbridgeapp.com/news/26175309> [consultado el 29.05.2021]
57. The Washington Post. Can the cannabis industry be an agent of social justice? Or is just another big business? 21.01.2021. En: https://www.washingtonpost.com/lifestyle/magazine/curaleaf-cannabis/2021/-01/25/243339f8-56b5-11eb-a08b-f1381ef3d207_story.html [consultado el 29.05.2021]
58. Kraus SW, Voon V, Potenza MN. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction* 2016;111:2097-2106.
59. Duffy A, Dawson DL, das Nair R. Pornography addiction in adults: A systematic review of definitions and reported impact. *J Sex Med* 2016;13:760-777.
60. de Alarcón R, de la Iglesia JI, Casado NM, Montejo AL. Online porn addiction: What we know and what we don't-a systematic review. *J Clin Med* 2019;8:91.
61. Fernandez DP, Griffiths MD. Psychometric instruments for problematic pornography use: A systematic review. *Eval Health Prof* 2021;44:111-141.
62. Grubbs JB, Hoagland KC, Lee BN, Grant JT, Davison P, Reid RC, Kraus SW. Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clin Psychol Rev* 2020;82:101925.

63. Przybylski AK, Weinstein N, Murayama K. Internet Gaming Disorder: Investigating the clinical relevance of a new phenomenon. *Am J Psychiatry* 2017;174:230-236.
64. Chung T, Sum S, Chan M, Lai E, Cheng N. Will esports result in a higher prevalence of problematic gaming? A review of the global situation. *J Behav Addict* 2019;8:384-394.
65. Wai Yen T, Reer F, Thorsten Q. The interplay of gaming disorder, gaming motivations, and the dark triad. *J Behav Addict* 2020;9:1-6.
66. John N, Sharma MK, Kapanee ARM. Gaming- a bane or a boon-a systematic review. *Asian J Psychiatr* 2019;42:12-17.
67. Chung T, Sum S, Chan M, Lai E, Cheng N. Will esports result in a higher prevalence of problematic gaming? A review of the global situation. *J Behav Addict* 2019;8:384-394.
68. Video Game Industry Statistics, Trends and Data In 2021. 29.04.21 En: <https://www.wepc.com/news/video-game-statistics/> [consultado el 29.05.2021]
69. Palmedo PC, Dorfman L, Garza S, Murphy E, Freudenberg N. Countermarketing alcohol and unhealthy food: An effective strategy for preventing Noncommunicable Diseases? Lessons from tobacco. *Annu Rev Public Health* 2017;38:119-144.
70. Rothman DJ. Consequences of industry relationships for public health and medicine. *Am J Public Health* 2012;102:55.
71. Ralston R, Hil SE, da Silva Gomes F, Collin J. Towards preventing and managing conflict of interest in nutrition policy? An analysis of submissions to a consultation on a draft WHO tool. *Int J Health Policy Manag* 2021;10:255-265.
72. Akl EA, Khamis AM. The intersections of industry with the health research enterprise. *Health Res Policy Syst* 2019;17:53.
73. Clotas C, Bartroli M, Caballé M, Pasarín MI, Villalbí JR. El negocio de los juegos de azar: una perspectiva desde la salud pública. *Rev Esp Salud Publica* 2020;94:e202006043.
74. Mialon M, Ho M, Carriedo A, Ruskin G, Crosbie E. Beyond nutrition and physical activity: food industry shaping of the very principles of scientific integrity. *Global Health* 2021;17:37.
75. Wood B, Baker P, Sacks G. Conceptualising the Commercial Determinants of Health Using a Power Lens: A Review and Synthesis of Existing Frameworks. *Int J Health Policy Manag* 2021. doi: 10.34172/ijhpm.2021.05.
76. Nakkash R, Mialon M, Makhoul J, Arora M, Afifi R, Al Halabi A, London L. A call to advance and translate research into policy on governance, ethics, and conflicts of interest in public health: the GEI-PH network. *Global Health* 2021;17:16.
77. Hill SE, Friel S. 'As Long as It Comes off as a Cigarette Ad, Not a Civil Rights Message': Gender, Inequality and the Commercial Determinants of Health. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:7902.

9. AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dani y Ali por haber sido mi familia estos 6 años de Universidad, porque sin ellos este camino no hubiera sido el mismo.

Gracias a Claudia y a Miguel por su apoyo y amistad. Por ser mi día a día en estos últimos años y por haber estado en los momentos importantes.

Gracias a Pedro por todos estos años, por nuestras aventuras y por sus lecciones de vida.

Gracias a Clemen, por ser mi mejor amiga y compañera de vida.

Gracias a mis padres por permitir que ahora sea médico, por su paciencia y por haber hecho posible que estudiase en Granada y Coimbra.

Y, por último, gracias a Javier Ayesta, por haber hecho posible este TFG, por su esfuerzo, sus correcciones y por haberme enseñado el maravilloso mundo del tabaco.